

# La recherche en promotion de la santé

Ouvrage collectif, sous la direction de  
**Dominique Berger**  
**Mohamed Boussour**

**Actes du  
colloque du  
Pôle régional  
de compétences**

Lyon, janvier 2015



# La recherche en promotion de la santé



# La recherche en promotion de la santé

Actes de colloque, 29 janvier 2015, Lyon

Ouvrage coordonné par :

**Dominique Berger et Mohamed Boussouar**

éditions des archives contemporaines



Copyright © 2016 Éditions des archives contemporaines

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrement, quelque système de stockage et de récupération d'information) des pages publiées dans le présent ouvrage faite sans autorisation écrite de l'éditeur, est interdite.

Éditions des archives contemporaines  
41, rue Barrault  
75013 Paris (France)  
[www.archivescontemporaines.com](http://www.archivescontemporaines.com)

---



Avertissement : Les textes publiés dans ce volume n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Pour faciliter la lecture, la mise en pages a été harmonisée, mais la spécificité de chacun, dans le système des titres, le choix de transcriptions et des abréviations, l'emploi de majuscules, la présentation des références bibliographiques, etc. a été le plus souvent conservée.

#### **Comité éditorial :**

Mellila Bakha, UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé.

Anne Demotz, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes.

Raoul Legba, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes.

*Contribution à la relecture et aux corrections : Nadine Chamard.*

#### **Comité d'organisation et scientifique du colloque :**

Dominique Berger, École Supérieure du Professorat et de l'Éducation, Académie de Lyon / UNIRÉS.

Mohamed Boussouar, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes.

Nicolas Lechopier, École Normale Supérieure – Université Claude-Bernard Lyon-1.

Raoul Legba, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes.

Anne-Laure Menis, Mutualité française Rhône-Alpes.

Laurent Moulin, Mutualité française Rhône-Alpes.

Cette publication bénéficie du soutien de l'**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**.

Carrefour d'échanges et de partenariats entre acteurs, le **Pôle régional de compétences** constitue une plate-forme de services et de ressources à disposition des associations et des institutions impliquées dans le développement de l'éducation et de la promotion de la santé en Rhône-Alpes.

En savoir plus : [prc-ra.org](http://prc-ra.org).

**UNIRÉS** est un réseau national de formateurs et de chercheurs spécialisé dans l'éducation à la santé, qui œuvre au sein des Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) à la diffusion d'une formation de qualité pour toutes celles et tous ceux qui se destinent aux métiers de l'enseignement, et plus largement de l'éducation, dans une perspective de promotion de la santé. UNIRÉS publie, à travers la revue scientifique à comité de lecture international *Éducation, Santé, Sociétés*, des articles de recherche portant sur les interventions éducatives en matière de santé dans différents lieux de vie.

En savoir plus : [unires-edusante.fr](http://unires-edusante.fr).

#### **Adresse de la rédaction :**

UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé

ESPE de l'Académie de Lyon, site de la Loire

90, rue de la Richelandière

42023 Saint-Étienne Cedex 2



## Avant-propos

L'émergence de l'Éducation à la Santé comme domaine de recherche en éducation est récente. L'expertise collective (INSERM, 2001) avait permis de dresser un état des recherches en éducation à la santé : celles-ci étaient à la fois abondantes et hétérogènes. Leur diversité tenait à la multiplicité de leurs objets d'études et à l'hétérogénéité de leurs cadres de référence, issus essentiellement de la santé publique mais aussi des sciences de l'éducation, de la sociologie, de la psychologie ou de l'anthropologie. L'examen de la littérature scientifique produite en France sur ce sujet révélait la modestie de la contribution hexagonale (Arwidson, 2001). Le travail préalable d'analyse des pratiques effectives et des représentations des acteurs n'était que partiellement mené à bien. La modélisation des principaux processus conduisant à la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé était peu explorée. L'identification des situations d'étude ayant trait à l'éducation à la santé, de leurs déterminants et de leurs impacts restait incomplète voire inexistante. De plus, la conception d'outils, et leur mise en rapport avec d'éventuels effets à l'usage des praticiens, était rare.

Pourtant, depuis longtemps (Bury, 1988), les données issues de la santé publique plaident pour le développement de la prévention et de l'ES. La mise en œuvre d'une prévention précoce des conduites à risques répond à une demande sociale forte (Ministère de la Santé, 2001 ; HCSP, 2012). Or, l'efficacité des politiques de prévention dépend largement de l'adhésion des citoyens et, par conséquent, de leur éducation. L'école constitue ainsi l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. De fait, l'éducation à la santé entretient alors des liens forts avec la question des apprentissages, du développement de la personne et de ses rapports à l'autre. Éduquer à la santé apparaît donc tout autant comme une problématique d'éducation que comme une problématique de santé. Elle ne saurait pour autant se limiter aux apprentissages car les conditions de vie, la prise en compte de la santé et du bien-être jouent également un rôle déterminant (Allensworth & Kolbe, 1987 ; Gold, 1994 ; Jourdan, 2012).

La complexité des interactions à l'œuvre dans ce champ de l'action éducative rend nécessaire un travail de recherche approfondi sur les pratiques et les conceptions des acteurs de l'éducation à la santé, leurs effets et leurs déterminants. Ce travail liant à la fois les problématiques de santé et celle de l'éducation, postule une perspective pluridisciplinaire capable de prendre en compte cette complexité et de proposer des modélisations accessibles aux acteurs de l'éducation comme à ceux de la santé.

L'ambition du travail n'est sans doute pas de maîtriser l'ensemble des phénomènes constitutifs des situations d'éducation à la santé mais de comprendre les interdépendances qui peuvent se nouer entre les problématiques de santé et celles d'éducation dans des contextes spécifiques (milieu scolaire, professionnel, approches communautaires). Approfondir la connaissance des pratiques des acteurs de santé, identifier leurs représentations quant à leur rôle, leurs missions et leurs compétences, mettre en évidence l'impact et les déterminants de leurs actions, développer l'étude des pratiques de formation initiale et continue dans ce domaine, constituent les objectifs principaux des travaux de recherche.

Ce que nous montre ce colloque c'est que les objets de recherches se structurent sur trois axes spécifiques. Le premier concerne la transmission des connaissances et les apprentissages. La transmission des connaissances joue un rôle anthropologique fondamental dans l'éducation et l'apprentissage et plus généralement dans la constitution et le développement de la culture. Les processus qui caractérisent cette transmission, les interactions, notamment langagières, les écrits, les images, les médias qui la sous-tendent en situations didactiques et pédagogiques, et les apprentissages restent très largement à étudier notamment à travers les supports de formation et d'apprentissage. Les cadres théoriques mobilisés sont pluridisciplinaires. Il s'agit ici de mieux comprendre les phénomènes à l'œuvre dans les situations de transmission et d'apprentissage, les processus de définition des savoirs et des objets de recherche et les protocoles d'organisation des études. Les méthodologies de recherche s'y appuient sur la diversité des travaux conduits en didactique et en sciences de l'éducation mais également sur des approches spécifiques issues des disciplines universitaires de référence.

Le second s'intéresse aux dynamiques collectives. Les situations sociales dans lesquelles évoluent les publics cibles et les professionnels dont est étudiée l'activité sont complexes, et les processus d'enseignement-apprentissage fortement marqués par le contexte dans lequel ils se déroulent. L'observation des dynamiques collectives en jeu, l'analyse des facteurs qui les co-déterminent et des paramètres qui les orientent commence à être entreprises. De nouvelles formes de prévention et de dispositifs d'enseignement tiennent une place de plus en plus importante et induisent une transformation des approches et des identités professionnelles. Elles appellent une ouverture des cadres d'intervention et une réorganisation des activités autour de l'innovation et de l'évolution des métiers, ainsi que la création de nouveaux dispositifs et outils. Les travaux se fondent cependant essentiellement sur l'analyse des actions/situations effectives dans leur contexte ordinaire et prennent en compte le point de vue des acteurs comme une composante déterminante. Les cadres théoriques mobilisés sont également pluridisciplinaires : il s'agira de concevoir ou d'agencer des outils théoriques permettant de mieux décrire et comprendre les dynamiques collectives en jeu. Les méthodologies de recherche, dans une visée pluridisciplinaire, empruntent à la fois à la sociologie, à la psychologie à la santé publique et plus largement aux sciences humaines et sociales.

Le troisième axe concerne la professionnalisation. Il s'agit à la fois d'accompagner les acteurs (formateurs, professionnels de la formation) dans le développement et la transformation de leurs pratiques professionnelles mais également d'analyser et de mieux

comprendre l'impact des dispositifs de formation sur les publics visés. Le travail porte sur la description de ces situations de formation, l'analyse de leurs caractéristiques et des ressources qu'elles mobilisent. Mais il porte aussi sur les rapports du professionnel à son activité et sur leurs conséquences, observées en termes d'identité et en termes de performance (efficacité, qualité...).

Il s'agit d'étudier les possibilités de transformation et d'accompagnement des pratiques en fonction des différents moments d'une trajectoire professionnelle (formation initiale, entrée dans le métier, formation continue...). Il s'agit également de réinterroger les relations entre activité et développement professionnel, et de s'intéresser aux thématiques de la construction de l'identité et de l'expertise professionnelles. La question des conceptions individuelles et des représentations sociales appelle à être étudiée comme un élément essentiel de la construction identitaire professionnelle. Les cadres théoriques mobilisés sont également pluridisciplinaires et s'insèrent dans le champ des sciences de l'éducation

D'une manière générale, les méthodologies de recherche présentées dans ce colloque reposent sur la collaboration des chercheurs avec les acteurs et sur l'observation de pratiques effectives en situation. Bien qu'empruntant à des outillages et des dispositifs très différents, elles relèvent autant d'approches qualitatives reposant sur des études de cas, portant une attention à la parole des acteurs et à ce qui fait sens pour eux en situation qu'elles s'appuient sur des approches quantitatives dans une méthodologie mixte.

Ainsi, il s'agit :

- d'étudier les représentations et les pratiques effectives des acteurs de l'éducation à la santé et donc de dresser un état des lieux, d'une part, des dispositifs utilisés (objectifs, situations, modalités d'évaluation) et, d'autre part, des partenariats entre les différents acteurs de l'éducation à la santé (enseignants, personnels d'encadrement, travailleurs sociaux, personnels de santé scolaire, etc.) ; la finalité étant de modéliser les conduites des acteurs et leurs représentations sur l'éducation à la santé ainsi que sur leurs propres rôles et missions en ce domaine.
- d'évaluer l'impact des actions conduites et de développer pour cela de nouvelles méthodologies d'évaluation (notamment pour l'évaluation des dispositifs et des partenariats).
- d'étudier les formations proposées dans le domaine de l'éducation à la santé, d'identifier les représentations des professionnels en formation, de produire des outils pédagogiques à destination des personnels et d'élaborer des programmes de formation adaptés au contexte présent.

Cette première journée a montré combien, la question du développement des recherches en éducation à la santé est devenue cruciale et surtout combien elle oblige à se positionner dans une perspective de recherche-intervention où professionnels de la prévention, de l'éducation à la santé et chercheurs vont collaborer pour mieux rendre compte des réalités et s'engager dans une meilleure compréhension de l'efficacité des dispositifs et des actions.

Pour terminer, il faut remercier l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes d'avoir pris l'initiative d'organiser une telle journée rassemblant acteurs de prévention et d'éducation à la santé et chercheurs pour leur permettre de renforcer un dialogue qui inaugure de nouvelles perspectives de collaboration.

Dominique Berger  
Mohamed Boussouar

## Allocutions introductives

## **Intervention de Dominique Berger, directeur adjoint chargé de la recherche, représentant Alain Mougnotte, directeur de l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE), Académie de Lyon**

Bienvenue à l'ESPE de l'Académie de Lyon. Cette école a pour mission de former les enseignants en formation initiale et continue. Elle a la particularité, à Lyon, de s'intéresser depuis le temps des ex-IUFM (Instituts universitaires de formation des maîtres) aux questions de santé et particulièrement à l'éducation et à la promotion de la santé en milieu scolaire.

Elle s'y intéresse à plusieurs niveaux. D'abord, parce que c'est l'une des missions de l'école que d'accompagner les enfants et de veiller en quelque sorte à leur santé. C'est l'une des missions de l'école de promouvoir la santé en milieu scolaire. On sait combien cela peut être difficile dans le contexte actuel car la première mission de l'école est quand même l'éducation de nos enfants, c'est-à-dire apprendre à lire et à écrire, et la santé apparaît quelquefois comme une question subsidiaire.

Il faut savoir que des changements se profilent et nous concernent tous. La grande nouveauté en promotion de la santé est qu'il y aura sans doute des textes du ministère de l'Éducation nationale qui vont sortir, et notamment un texte qui va prévoir et organiser un parcours éducatif de santé de la maternelle à la terminale. Il va vraisemblablement associer largement les IREPS (Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé) dans un partenariat avec l'Éducation nationale. Ce sera sans doute dans le texte de la circulaire. C'est assez novateur. Cela signifie que la communauté scolaire va s'ouvrir davantage et va développer d'autres partenariats. Nous allons pouvoir impulser une sorte de curriculum entre la maternelle et l'université sur les questions d'éducation à la santé.

À ce titre-là, en tant qu'établissement de formation, nous sommes directement concernés puisque nous allons avoir un rôle important dans le futur pour former les enseignants à prendre en compte les questions de santé dans leur pratique quotidienne. C'est un début. Cela arrive après plusieurs années de « lutte » et de publication de résultats de recherches-interventions en milieu scolaire. C'est le résultat aussi de programmes de recherche que nous avons développés. C'est pourquoi nous étions extrêmement intéressés par la thématique de la journée : comment développer la recherche en promotion de la santé ?

Vous allez suivre dans la journée, entre autres présentations, celle de ma collègue le Dr Carine Simar, qui impulse un programme soutenu par l'Agence régionale de santé qui a été remarquablement courageuse et novatrice sur la question des compétences psychosociales. Les résultats de recherche nous montrent qu'il va falloir maintenant nous orienter vers une autre dimension de l'éducation à la santé qui sera celle de la littératie en santé. On s'aperçoit en effet qu'avoir des compétences psychosociales est certes nécessaire, mais on ne peut les déconnecter d'un certain nombre de connaissances et notamment d'un socle minimal. Il va falloir réfléchir ensemble – et cela peut être aussi l'objet de vos travaux dans la journée – à la façon de passer véritablement de ce travail sur le développement des compétences à l'introduction d'un socle commun.

Ce travail sur la littératie va devoir être fait car si on parle de parcours éducatif de santé en milieu scolaire, cela ne peut pas seulement s'appuyer sur le développement des compétences de la maternelle à l'université. Cela s'appuie aussi sur des savoirs élémentaires et de plus en plus complexes. Il va falloir sélectionner, réfléchir, se mettre d'accord et organiser en fonction le parcours scolaire. C'est un vaste programme. On ne construit pas de dispositif pédagogique et éducatif sans l'apport de la recherche. Ce n'est pas possible. Enseigner et éduquer est un métier qui s'apprend et qui repose sur des connaissances scientifiques. Il est important dans l'état d'évolution de notre société de pouvoir analyser les dispositifs. Certains sont efficaces et d'autres non.

Je vous souhaite donc la bienvenue dans un paysage qui va vraisemblablement bouger fortement et dans ce vieil établissement, un peu poussiéreux et délabré, mais qui a encore la capacité d'accueillir les cent quatre-vingt-dix participants à cette journée.

### **Intervention d'Anne-Marie Durand, directrice de la Santé publique, Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes**

Bonjour à tous. Je m'associe aux remerciements formulés auprès du P<sup>r</sup> Dominique Berger pour l'accueil au sein de cette belle école, qui n'est pas du tout désuète, mais a beaucoup de charme et de cachet. Je remercie également le Pôle Régional de Compétences (PRC) en éducation et promotion de la santé, qui a proposé et construit cette journée, en particulier l'IREPS Rhône-Alpes qui coordonne ce pôle. Je remercie bien évidemment l'ensemble des organisateurs qui font que cette journée va être, nul n'en doute, une belle réussite, et enfin vous tous qui allez participer à cette journée et l'enrichir de vos échanges, de vos questions et de vos apports. C'est vraiment un élément important pour nous.

Au niveau de l'Agence régionale de santé, nous soutenons le Pôle régional de compétences, depuis sa création sous l'impulsion de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et plus encore depuis l'année dernière. Nous avons la volonté de nous appuyer sur ce levier pour la mise en œuvre du projet régional de santé qui vise l'idée ambitieuse de diffuser la culture de la promotion de la santé – ce sont de beaux mots, que l'on voudrait vraiment traduire en actions concrètes –, de développer la prise en compte des déterminants de santé, d'accompagner la professionnalisation de l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé et enfin de développer l'expertise pour repérer les conditions nécessaires favorables au développement des actions de santé. Elle vise aussi à réduire les inégalités en santé qui sont vraiment un des éléments majeurs de notre projet régional.

Il est important pour moi de valoriser et saluer la mise en place de ce colloque à plusieurs titres. C'est le premier colloque de cette nature organisé par le Pôle régional de compétences. Nous avons le souci qu'il puisse ancrer le Pôle dans son rôle de support auprès des professionnels sur qui nous comptons vraiment pour intervenir sur les déterminants de la santé. Le nombre d'inscriptions à ce colloque montre également tout l'intérêt porté à ces sujets, de plus en plus en France, et c'est tant mieux. C'est vraiment dans cette direction qu'il faut s'orienter : soutenir les liens entre la recherche et les acteurs de terrain. Ce colloque vise à rapprocher ces deux mondes, qui finalement ne se connaissent pas toujours. Le monde de la recherche reste un peu mystérieux et

inatteignable pour les professionnels. Il est donc important que l'on puisse apprendre à s'approprier et à se reconnaître, les uns sur le terrain avec la mise en place d'actions concrètes et les autres dans l'analyse et la recherche.

L'objectif à construire ensemble est de favoriser les actions de promotion de la santé, renforcer la qualité de ces actions au travers d'expériences croisées et de travaux que l'on espère voir mener en commun à l'avenir, pour, enfin et surtout, réduire les inégalités en santé dans notre région et partout en France. La matinée permettra cette première étape indispensable, celle de la connaissance et reconnaissance des actions, apprécier les méthodes de chacun, et les travaux qui sont menés sur ce champ d'actions. L'après-midi sera l'occasion de revenir sur les projets et actions concrètes avec notamment un des projets, inscrit dans le cadre de notre projet régional, concernant le développement des compétences psychosociales sur des territoires expérimentaux de la région en lien avec un laboratoire de l'Université Claude-Bernard Lyon-1. Nous soutenons également un projet de coopération qui démarre actuellement entre l'ARS du Rhône et un laboratoire de recherche de l'Université Lumière Lyon-2 sur la lutte contre la stigmatisation des patients porteurs de maladies psychiques, sujet inscrit dans le cadre de notre Programme régional de santé.

J'espère que cette journée sera un prélude et une première étape dans la mise en place d'un travail collaboratif qui, je n'en doute pas, sera fructueux dans l'avenir. Je vous souhaite une belle journée, riche d'échanges et d'expériences qui vous apporteront dans votre vie quotidienne une vraie plus-value.

### **Intervention de Michèle Champion, vice-présidente, représentant Francis Navarro, président de la Mutualité française Rhône-Alpes (MfRA)**

Bonjour à toutes et à tous. En Rhône-Alpes, la Mutualité française développe depuis longtemps une action de prévention et de promotion de la santé. Elle accorde une importance particulière à la question primordiale des inégalités de santé, qu'elles soient territoriales, environnementales ou sociales.

La MfRA a fait le choix de s'impliquer au sein du Pôle régional de compétences. Elle partage avec les membres de ce pôle les valeurs et les principes d'intervention en promotion de la santé mais aussi l'idée qu'une intervention collective et pluridisciplinaire est le gage d'une action renforcée.

Le travail du Pôle régional de compétences contribue à la diffusion de la promotion de la santé, à renforcer les liens et les synergies entre les acteurs impliqués dans son développement. De ce point de vue, le sujet traité par le colloque qui nous réunit aujourd'hui apparaît majeur et novateur. Il est vrai que les liens entre l'action et la recherche fondamentale sont un point important à initier et mettre en œuvre, comme le prouve aujourd'hui le nombre de participants.

Offrir un espace de rencontre entre les acteurs de terrain, les chercheurs et les décideurs, croiser les regards sur la promotion de la santé, décroiser les secteurs, créer des ponts, travailler ensemble à la production de connaissances, de données d'évidence

propres à la promotion de la santé et partagées de tous, sont des objectifs auxquels la Mutualité française Rhône-Alpes souscrit pleinement.

Nous souhaitons que cette journée permette aux acteurs présents de renforcer leurs relations et soit le début de collaborations riches et pérennes au service de la santé de nos concitoyens.

## **Intervention de Jean Chapellet, secrétaire de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Rhône-Alpes**

Permettez-moi de remercier au nom de l'IREPS les représentants de l'Éducation nationale et de l'ESPE en particulier pour leur accueil au pied levé. Sans vous, cette manifestation n'aurait pas pu accueillir tant de monde. Dans le propos liminaire que je vais vous donner, j'allais dire que la promotion de la santé peine à entrer dans les politiques sectorielles. Je m'aperçois qu'il faudrait que je fasse une exception pour l'Éducation nationale.

Avant de parler du thème de la journée, je voudrais rappeler en quelques mots ce qu'est le Pôle régional de compétences. Les Pôles régionaux de compétences ont été mis en place en 2006 pour offrir aux acteurs intervenant dans le champ de la promotion de la santé une plate-forme ressources. L'objectif était d'améliorer, et cela l'est toujours, la qualité des interventions et des projets de santé publique.

En Rhône-Alpes, notre Pôle régional de compétences regroupe douze associations et la Mutuelle française. Il met à disposition des porteurs de projets qui le sollicitent, des formations, un appui méthodologique, des échanges de pratiques, des outils pédagogiques et de la documentation. Les membres du Pôle peuvent aussi accompagner les associations ou les institutions qui le souhaitent dans une démarche qualité ou dans des actions d'évaluation. Le PRC est financé par l'Inpes à hauteur de 300 000 € et la coordination en est assurée par l'IREPS Rhône-Alpes dont je suis membre du Conseil d'administration.

L'IREPS a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en région, notamment les plus en difficulté, de mener des actions de promotion de la santé, de contribuer à la qualité des projets en assistant les porteurs de projets par son pôle ressources et ses chargés de mission et de contribuer à la définition des priorités de santé dans les territoires. Nous avons un budget d'environ trois millions d'euros apporté essentiellement par l'ARS et les collectivités locales. Cela nous permet de rémunérer quarante-cinq salariés, dont une majorité de chargés de projet. Lorsque nous avons récemment mis en place l'IREPS, le Conseil d'administration a souhaité qu'il y ait un directeur des programmes chargé de proposer des orientations au Conseil d'administration, mais également de veiller au suivi et à la qualité des programmes et de s'engager sur des actions de recherche-développement. Ce directeur des programmes est M. Mohamed Boussouar, animateur de la journée.

Pourquoi a-t-on voulu ce choix de positionner la recherche et le développement dans un organigramme ? Nous sommes réunis aujourd'hui pour parler notamment de recherche

interventionnelle en santé publique ou en promotion de la santé. On peut se demander si la recherche interventionnelle n'est pas un effet de mode. On ne parlait pas d'elle en 2013 dans les réflexions de la Fnes (Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé) et je vois qu'en 2015 cette même fédération met en place un groupe de travail et de réflexion sur la recherche interventionnelle en santé publique. Si je pose cette question un peu provocatrice, c'est que je me méfie des effets de mode.

Je vais m'empresse de répondre par la négative car il y a des apports certains pour notre discipline dans cette recherche. Si la recherche interventionnelle en promotion de la santé apparaît donc comme une nouveauté, je précise qu'elle est déjà présente par certains aspects dans la « sphère santé » à travers la recherche médicale. On distingue dans cette dernière au moins trois champs interconnectés : la recherche fondamentale, le développement et le transfert de nouveaux outils, que l'on appelle aussi la recherche clinique et la recherche appliquée. La recherche interventionnelle n'est donc pas une nouveauté complète. Par ailleurs, nous aurons l'occasion, tout au long de la journée, de parler des apports de cette recherche interventionnelle à la promotion de la santé.

Sans faire un détour trop long, à mon sens il est important de rappeler que la promotion de la santé connaît trois difficultés majeures qu'elle doit réussir à surmonter.

- La première est d'intéresser les responsables des politiques sectorielles qui ont un poids sur les déterminants de santé. Je fais une exception pour l'Éducation nationale ou la Protection judiciaire de la Jeunesse qui ont intégré la promotion de la santé dans leur politique. En revanche, dans le logement par exemple, on est loin de cette intégration. Moyennant quoi, nous développons avec nos forces et faiblesses des actions de promotion de la santé de façon artisanale, alors que les besoins de santé publique nécessiteraient une approche quasi industrielle.
- Deuxième difficulté, faute de données suffisamment probantes, nous peinons à voir intégrer la promotion de la santé au niveau qu'elle mériterait et que les experts s'accordent pourtant à lui reconnaître. Il y a en quelque sorte un plafond de verre qui pèse sur notre secteur. Je crois pourtant que la promotion de la santé ne manque pas d'actions, ni d'innovation mais souffre plutôt d'un manque de transférabilité des données permettant aux actions et programmes qui ont fait leurs preuves de se diffuser.
- Troisième et dernière difficulté, l'appropriation par les professionnels des apports de la recherche interventionnelle, des notions de données probantes, de transfert de connaissances, de transférabilité des actions. Je pense que les travaux préparatoires à la Stratégie nationale de santé, qui ont analysé les freins à la diffusion de cette recherche interventionnelle, vont dans le bon sens.

Ces éléments ont nourri la volonté d'une structuration de l'IREPS manifestant l'intérêt des administrateurs pour la recherche, même si certains, comme moi, sont des autodidactes de la promotion de la santé. Je tiens ici à remercier le P<sup>r</sup> Deschamps qui m'a accompagné dans cette découverte.

Enfin, je voudrais insister sur quelques conditions nécessaires au développement de la recherche interventionnelle dans notre secteur.

- Premièrement, il faut partager la définition des concepts et connaître le champ exact d'application de cette recherche interventionnelle. Quelles relations entretient-elle avec la recherche fondamentale? Quelles sont les différences entre la recherche interventionnelle en promotion de la santé et l'évaluation? Ce sont des questions qui méritent une réponse préalable, faute de quoi nous ne parlerons pas de la même chose.
- Deuxièmement, il ne faut pas opposer les différents types de recherche. Je prends l'exemple du Plan National Nutrition Santé<sup>1</sup>, l'alimentation étant un déterminant de santé cardinal.
- Pour illustrer ce propos, permettez-moi une anecdote. Lors d'une distribution de denrées aux Restos du Cœur, une bénévole proposait des sachets de raviolis aux légumes bios mais ils ont été refusés par les bénéficiaires. Elle n'a pas ou mal compris ce refus et nous sommes également en droit de l'interroger. Est-ce la méconnaissance des préceptes de l'Organisation mondiale de la santé invitant à réduire notre consommation d'aliments transformés ou une détermination sociale qui peut l'expliquer? Je crois aussi que dans la relation entre plaisir et alimentation, il y a encore des choses à découvrir qui relèvent de la recherche fondamentale. Voilà pourquoi, à mon sens, il ne faut pas opposer les différents types de recherche.
- Troisièmement, je crois que la recherche interventionnelle en santé publique ne trouvera son plein essor que dans la mesure où les collaborations et partenariats entre les institutions, les IREPS, la Fnes et les Universités seront en place. Il faut que les représentants de la recherche académique et de la recherche appliquée travaillent ensemble. Il faut que les chercheurs, les praticiens de terrain et les populations travaillent ensemble, comme ce peut être le cas dans les Ateliers Santé-Ville.
- Quatrièmement, il ne faut pas oublier de parler du soutien financier qui peut être apporté à la recherche interventionnelle en santé publique. Elle devrait bénéficier de lignes de programme claires, d'autant que la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) prévoit la possibilité d'une Fondation pour financer la recherche interventionnelle en santé publique.
- Dernière remarque, nous avons également intérêt, en promotion de la santé, à regarder ce qui a été fait dans le domaine social. Ce que l'on appelle la recherche intégrée est déjà très présente dans les formations des Instituts régionaux en travail social. Cela peut aussi nous aider dans notre démarche.

Souhaitant que cette journée soutienne le développement d'une recherche interventionnelle des régions de France, je vous remercie de votre attention.

---

1. <http://www.mangerbouger.fr/pnns> (31/11/2015).



**Se connaître, se reconnaître, entre acteurs  
de la promotion de la santé et chercheurs**

## 1 Qu'est-ce que la recherche en santé publique et en promotion de la santé ? Objectifs, méthodes et outils

Anne-Marie Schott

Épidémiologiste à la Faculté de médecine Lyon-Est, pôle IMER des Hospices civils de Lyon

Je vous remercie de m'avoir invitée à introduire cette session, même si je pense qu'il s'agit d'un cadeau empoisonné tant le sujet est complexe. Mais avant de commencer, je vais présenter en quelques mots mon parcours, car si nous voulons travailler ensemble, il faut apprendre à nous connaître pour nous comprendre.

À la base, je suis médecin clinicien rhumatologue et acteur de terrain hospitalier. Pendant dix ans, je me suis occupée des patients. Jusqu'au jour où je me suis posée la question de savoir pourquoi, à Lyon, quand un malade avait une sciatique, on lui mettait un corset plâtré alors qu'à Montpellier on le laissait courir chez le kinésithérapeute. C'est comme cela que j'ai cheminé vers l'évaluation et l'épidémiologie. En 1990, je suis allée me former au Canada car à l'époque, en France, on ne connaissait pas du tout la lecture critique. Lorsque j'ai découvert la lecture critique d'articles, je me suis sentie beaucoup plus intelligente et surtout davantage en capacité de faire des choix par moi-même. Ensuite, j'ai fait de la recherche clinique en épidémiologie pendant dix ans. J'ai notamment suivi des cohortes de femmes âgées pour mieux connaître les facteurs de risque de l'ostéoporose. Ces facteurs de risque connus, tout comme la maladie et son traitement, la question restait alors de savoir si toutes les femmes sont bien prises en charge et prévenues des facteurs de risque. En effet, que se passe-t-il après les études ? Comment les résultats de recherche arrivent-ils à la population ? Aujourd'hui, je dirige l'équipe de recherche du laboratoire HESPER (*Health Services and Performance Research*) sur la recherche des services de santé et le système de soins.

Quand j'ai commencé à réfléchir à la présentation que j'allais faire aujourd'hui, j'ai initialement pensé à une présentation académique sur la recherche en santé, partant de la recherche fondamentale, la recherche translationnelle, puis la recherche clinique avec ses phases 1, 2 et 3, ou d'une approche plus épidémiologique. Mais quand j'ai regardé plus précisément ce qu'était la recherche en santé publique, je suis tombée sur une jungle de mots et de concepts : « recherche évaluative », « recherche en prévention », « recherche-action », « recherche en implémentation », « recherche en promotion de la santé », « recherche interventionnelle ». Je me suis dit que je n'allais pas faire cette présentation-là. Je vais plutôt essayer de voir comment, à partir de ce que je connais, à savoir la recherche sur les systèmes de pensée, on peut extrapoler certains concepts et idées à certaines parties de la recherche en santé publique. Il n'y a certainement pas une recherche en santé publique mais plusieurs.

L'équipe de recherche que je porte est pluridisciplinaire et se situe dans le continuum entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et, à partir des résultats des grands essais randomisés sur des thérapeutiques et des tests, l'*Evidence Based-Medicine* (la médecine basée sur des preuves). Comment du côté de la santé publique

se traduit-elle en *Evidence Based-Practice* ? Comment est-elle amenée jusqu'aux personnes ?

Les grandes actions de promotion de la santé visent à réduire les comportements à risque jusqu'à finalement des actions plus ciblées, comme le dépistage du cancer ou l'appel au 15, qui vont amener les personnes vers le système de santé. Il y a aussi un grand nombre d'acteurs de terrain, par exemple les médecins généralistes, les pharmaciens et dentistes, qui sont un relais d'information très important pour la population. Je pense qu'il ne faut pas négliger leur importance car ils sont les « têtes de pont » entre l'Hôpital et la Ville.

Au niveau des chercheurs, interviennent des épidémiologistes, des chercheurs sur les systèmes de santé et tous les chercheurs en sciences humaines et sociales, économie, gestion et santé publique. Le premier challenge est d'arriver à mettre tous ces chercheurs ensemble autour d'une table pour partager leurs approches. Je vous remercie encore d'avoir organisé cette manifestation car elle contribue à ce rapprochement. Nous ne parlons pas tous le même langage, ni ne nous appuyons sur les mêmes concepts et pourtant nous travaillons tous sur le même objectif. C'est un point très important que de voir comment nos disciplines interagissent et peuvent mutuellement s'enrichir.

Le deuxième challenge est de travailler avec les acteurs de terrain. Mais qu'est-ce qu'un acteur de terrain ? Il est important de mettre des mots plus précis sur ceux qui portent les actions. Je ne parlerai pas aujourd'hui des décideurs, des financeurs, ni des réseaux sociaux qui ont une place de plus en plus importante dans la santé publique et la promotion santé, ni du médico-social ou des associations de patients, qui sont pourtant des acteurs également essentiels du secteur. Je ne pourrai pas aujourd'hui parler de tout, mais je ne peux faire l'impasse sur le modèle socio-écologique [Fig. 1], bien connu des médecins. Finalement, le comportement d'un individu dépend de tous ces niveaux-là.



Adapted from : Kendrick, S., Inman, K., Hoskins  
S. Clark County Public Health, 2010

FIGURE 1 – Socio-Ecological Model of Health (adapté de Kendrick, S., Inman, K., Hoskins, S., Clark, *County Public Health*, 2010).

Dans notre équipe, nous travaillons sur l'intervention des professionnels de santé et des patients sur la santé. Selon ce modèle, l'état de santé et la qualité de vie des patients dépendent de nombreux facteurs : en partie de leur comportement vis-à-vis de leur état de santé, des comportements à risque, mais aussi des prescriptions, des actes ou des pratiques des professionnels de santé. On pourrait également appliquer ce modèle au dépistage dans les groupes à hauts risques ou à l'adhésion des personnes aux actions de promotion de santé. Les comportements des patients sont déterminés par des facteurs qui dépendent de l'individu mais aussi de son environnement. Bien sûr, les interventions sont destinées à agir sur ces déterminants avec l'idée de changer les comportements et finalement d'améliorer l'état de santé.

Quelles méthodes pour connaître l'état de santé de la population ?

En France, l'épidémiologie descriptive est souvent le parent pauvre de la recherche en épidémiologie. Il est difficile de trouver des financements. D'autres pays n'ont pas la même culture. Le Danemark par exemple a mis énormément d'argent dans des registres de populations qui sont très importants. Nous avons en France quelques registres du cancer de très bonne qualité, quelques registres sur d'autres pathologies, mais ils sont loin de couvrir le territoire national. Pour un grand nombre de pathologies nous n'avons pas de registre, mais des observatoires et des enquêtes. Ces dernières années, nous avons vu arriver les bases de données médico-administratives. Vous connaissez sans doute le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), la base de données hospitalière, qui permet aux décideurs et aux acteurs de la santé publique de connaître des éléments indispensables à la compréhension et au suivi de l'évolution des actes et pathologies.

Au niveau des déterminants de l'état de santé, la connaissance des facteurs de risque est indispensable. Là encore, ce sont les méthodes de l'épidémiologie analytique classique avec les cohortes et les études cas-témoins qui sont employées. On commence actuellement en France à avoir une politique de formation de grandes cohortes. Je pense que vous connaissez la cohorte Constances qui, grâce à la pugnacité de Marcel Goldberg et de Marie Zins à Paris, a pu voir le jour. Ils ont commencé leur recrutement il y a un bientôt deux ans, et à terme elle devrait contenir 200 000 personnes en population générale, recrutées à travers les centres de santé et que l'on va suivre pendant des années. Cette cohorte va permettre à beaucoup de chercheurs, quand ils rencontrent des problématiques de recherche, d'aller implémenter des questionnaires ou des études spécifiques dans cette cohorte moyennant un financement restreint. C'est très important pour générer des données pour toute la communauté scientifique.

Nous avons vraiment besoin de travailler ensemble sur le comportement des patients et d'avoir des méthodes mixtes à la fois issues de l'épidémiologie, des sciences quantitatives et statistiques mais aussi des sciences humaines et sociales. Il est bien évident qu'il n'y a pas d'ordre hiérarchique. Il s'agit plutôt de faire des allers-retours entre les disciplines afin d'alimenter la recherche qui n'est jamais finie. Constamment, les résultats doivent abreuver de nouveaux questionnements et interroger de nouvelles pratiques.

Pour travailler sur les déterminants des comportements, il est impératif d'avoir des temps de concertation et d'échanges entre chercheurs des sciences humaines et sociales et chercheurs plus quantitatifs. Nous pourrions faire le parallèle en recherche clinique avec la physiopathologie où nous avons constamment des allers-retours entre les études fondamentales, qui permettent de comprendre les mécanismes, et les grands essais randomisés qui permettent de vérifier les hypothèses auprès de la population générale. La recherche en sciences humaines et sociales est un peu la physiopathologie de la recherche sur la performance des systèmes de santé.

Au niveau des interventions destinées à changer les comportements, là également, nous avons besoin de construire les choses ensemble, car parfois nous, chercheurs, allons un peu vite. Depuis quelques années, en plus des programmes hospitaliers en recherche clinique, nous avons des programmes hospitaliers sur l'évaluation de la performance en santé. Malheureusement, ce sont des programmes uniquement hospitaliers alors qu'il faudrait impliquer les enseignants-chercheurs en santé publique sur la partie « ville » et sur le terrain. Cela, je pense, nous aiderait beaucoup.

Je prendrai, pour illustrer mon propos, l'exemple de l'étude InPact réalisée autour d'une intervention destinée à rendre les patients acteurs de leur traitement contre l'hypertension. Nous avons monté cette intervention avec les médecins généralistes et les patients. Nous avons obtenu un financement de 200 000 € pour avoir une réponse à la question : est-ce que cette action de formation des patients à être acteur de leur santé sur la thématique de l'hypertension a une efficacité sur la déclaration des événements indésirables ? Sur le chemin de la recherche clinique, nous cherchons à répondre à une toute petite question, sans forcément anticiper la transférabilité des résultats. En tous cas, pour répondre à celle-ci, nous avons immédiatement pensé au *design* de l'évaluation afin de répondre aux attentes du jury de l'appel d'offre, issu de la recherche clinique. Nous avons donc proposé, puis effectué, un essai randomisé très complexe en *cluster*<sup>1</sup>, en *stepped-wedge*<sup>2</sup>. Mais nous nous sommes rapidement confrontés à un problème d'interprétation des résultats et de transférabilité de la méthode. Nous nous sommes rendu compte qu'il fallait tout reprendre et passer du temps à élaborer l'intervention à proprement parler avec des chercheurs en sciences économiques et sociales, avec des acteurs de terrain et les patients.

Nous avons besoin de travailler tous ensemble et de créer de l'intelligence collective. Pour cela, nous devons, dans un premier temps, travailler sur le développement des interventions. Ensuite, ces interventions doivent être portées par un cadre théorique permettant de rendre accessibles toutes les hypothèses sous-jacentes. Il faut aussi mettre en place des critères d'évaluation répondant à la fois aux objectifs spécifiques et généraux de l'intervention. La question « est-ce que les patients vont mieux à la fin ? » doit être l'un de ces critères. En revanche, il faut aussi des critères intermédiaires qui nous permettent de dire ce qui a marché ou pas et pour quelles raisons. Cela permet d'avancer.

La dernière chose que je souhaite souligner est l'implémentation. C'est un champ vaste et complexe où nous avons besoin des connaissances et pratiques des acteurs

---

1. Grappes.

2. Étude « par étapes ».

du terrain dès la conception des interventions, parce qu'ils savent tout de suite ce qui sera implémentable ou non, ce qui va fonctionner ou pas. Les acteurs de terrain, y compris les représentants des patients et des usagers, sont donc importants à tous ces niveaux. Je sais qu'une intervention est spécifiquement consacrée à la recherche interventionnelle, je ne vais donc pas empiéter sur le sujet, mais je tenais à vous montrer le schéma [Fig. 2] sorti par le Medical Research Council en 2000 sur l'implémentation d'évaluation en santé publique se fondant sur le modèle de la recherche clinique.

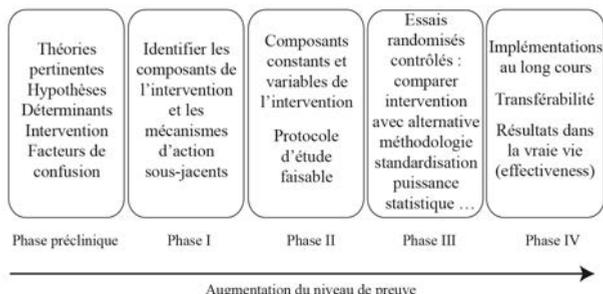


FIGURE 2 – Phases des essais randomisés d'interventions complexes (Medical Research Council, 2000).

En théorie, voici toutes les phases pour créer un vrai programme d'évaluation randomisé en santé publique. Cela reprend l'essentiel de mon propos. Il faut d'abord travailler sur des théories pertinentes, sur des hypothèses sous-jacentes, puis identifier les composantes d'intervention et les mécanismes d'action. Ensuite, il faut identifier les composantes variables de celles qui sont stables (phase II) et peuvent être transférables. Enfin, il faut partir sur des essais randomisés, avant d'arriver en phase IV à l'implémentation.

Cette méthodologie a cependant ses limites, comme le démontre l'étude DECIDEO menée par des chercheurs de l'unité que je porte, en lien avec l'Institut de cancérologie de la Loire et l'aide des centres de dépistage du cancer. Cette énorme étude randomisée a été réalisée sur plus de 16 000 femmes. Les chercheurs ont passé deux ans avec un groupe d'experts européens et de patientes à développer un matériel pédagogique d'information pour l'aide à la décision sur le thème : « Pourquoi faut-il aller au dépistage du cancer du sein ? » 8 000 femmes ont reçu l'invitation habituelle au dépistage et 8 000 autres femmes ont reçu l'invitation accompagnée de la plaquette sur laquelle le groupe a travaillé pendant deux ans. Cela a permis de mettre en évidence que les femmes qui avaient reçu la plaquette étaient finalement moins venues au dépistage. L'idée initiale de cette étude était d'interroger le fait que le dépistage n'atteint pas certaines populations qui sont pourtant les plus à risque. On s'est aperçu que la population des femmes qui avaient un haut niveau d'études et pour lesquelles la plaquette était inutile, puisqu'elles venaient déjà, avait une réaction de rejet. Sur ces femmes-là, la plaquette a produit l'effet inverse à celui attendu puisqu'elles sont moins venues se faire dépister. C'est un résultat malgré tout intéressant, montrant à quel point le travail en amont avec le terrain est important. On ne peut pas se passer

d'essais randomisés pour créer de temps en temps du questionnement et revenir sur des *a priori*.

Je ne pense pas que l'on puisse strictement plaquer les méthodes de la recherche clinique sur la santé publique. Ce serait extrêmement coûteux, entre 200 000 et 400 000 € pour une étude qui va montrer à la fin que l'intervention ne marche pas. Cependant, de temps en temps, il est important de montrer ce qui ne fonctionne pas car cela permet de relancer la dynamique de recherche et les questionnements.

Nous intervenons, chercheurs et acteurs de terrains, sur des systèmes complexes, il faut donc s'y atteler tous ensemble, décroïsonner les secteurs, à l'hôpital entre les médecins et les infirmières, entre les spécialistes et les généralistes, puis entre l'hôpital et la ville. Il faut revenir à des méthodes objectives et partagées. Il faut aussi que les acteurs de terrain aient conscience de l'exigence de la méthode scientifique, même si on ne va pas généraliser les essais randomisés sur toutes les questions. Il faut savoir s'adapter au terrain en essayant de trouver le meilleur niveau de preuve. Il est également très important de savoir formuler une question de recherche. Je pense que tous les acteurs de terrain peuvent et doivent se former à la lecture critique de la littérature et à la formulation. C'est une question de recherche fondée sur les données objectives. Il faut aussi se poser des questions sur des méthodes valides qui limitent les biais de mesure. Surtout, il faut toujours avoir l'esprit critique par rapport à ce que l'on pense et à nos *a priori*.

J'insiste enfin sur la co-construction. Ce sera le maître-mot de cette présentation. Il faut nous mettre ensemble au travail autour de projets concrets. Nous apprendrons alors à partager notions et concepts, à nous comprendre, à nous connaître.

Je vous remercie de votre attention.

## 2 Qu'est-ce que l'« action » en promotion de la santé ? Objectifs, méthodes et outils (1)

Jean-Pierre Deschamps

Professeur de santé publique, secrétaire général de l'IREPS Lorraine

Avec Virginie Dénarié, nous allons essayer de répondre à la question : qu'est-ce que la promotion de la santé, tant du point de vue des concepts et du projet politique qui la sous-tend que du point de vue des actions menées ? Nous avons choisi de parler tout d'abord de l'histoire de la promotion de la santé et je vais donc tenter de répondre dans cette première partie d'intervention à ces questions : comment sommes-nous arrivés au concept de « promotion de la santé » ? Comment s'est construite la Charte d'Ottawa ? Comment les actions ont-elles évolué sur le terrain de la promotion de la santé et dans quel contexte ?

Les prémices de l'éducation à la santé étaient dispensées sur le tableau noir des salles de classe non mixtes, devant des élèves en uniforme, et étaient en conformité avec le contexte social de l'époque. Ce n'est évidemment plus de cette façon que l'on considère les rapports entre enseignants et enseignés, *a fortiori* entre le public et les professionnels de la promotion de la santé.

Les choses ont véritablement commencé à évoluer à partir des années 1960 avec de grands mouvements sociaux initiés par la jeunesse. Nous faisons référence au mouvement hippie et à la fameuse marche de 1963 vers Washington pour les droits civiques, à l'issue de laquelle Martin Luther King débute son discours par « *I have a dream* ». Toute cette aspiration politique était portée par la jeunesse et la communauté des Noirs américains qui se sentaient exclus de la marche de la société depuis la fin de la Seconde Guerre. Cette aspiration était également portée par des figures emblématiques, artistes et chanteurs qui les soutenaient, Joan Baez et Bob Dylan, pour ne citer qu'eux.

En 1960, que se passait-il sur le plan de la santé publique qui va connaître, elle aussi, une révolution ?

En 1963, à la suite d'un colloque à l'École nationale de la santé publique, le professeur Raoul Senault publie un document appelé « Action sanitaire et développement communautaire ». Il était rare à l'époque d'utiliser le terme de développement communautaire. Je vous lis quelques lignes de ce rapport : « Le développement communautaire est défini par l'ONU (Organisation des nations unies) en 1948, comme l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics pour améliorer la situation sociale, économique et culturelle des communautés associées à la vie de la nation et leur permettre de contribuer sans réserve au progrès du pays. » Raoul Senault ajoutait : « Des mesures techniques et économiques sans doute nécessaires au développement communautaire sont insuffisantes si elles ne s'accompagnent pas de mesures sanitaires et sociales. »

En 1964, l'Inserm (Institut national de la santé et la recherche médicale) est créé sur les bases de l'Institut national d'hygiène qui avait lui-même été créé par le gouvernement de Vichy. Le premier directeur est le Professeur Eugène Aujaleu qui, dès sa prise de

fonction, met en place une division de recherche médicosociale. On ne parle pas encore de « santé publique ». Mais Eugène Aujaleu considère que le champ de la recherche médicosociale couvre l'épidémiologie, l'étude des problèmes médicosociaux et de la prévention des maladies et celle de la protection et de la promotion de la santé. À notre connaissance, c'est la première fois que le mot « promotion de la santé » est utilisé dans le domaine de la santé publique en France. Cela signifie que nous sommes aujourd'hui les héritiers d'un certain nombre de décennies de réflexions et d'actions.

Toujours dans les années 60, parmi les grands mouvements sociaux, on doit relever ce qui s'est passé en France et dans d'autres pays en mai 68. C'est un mouvement important qui laissera des traces considérables, quoi qu'on en dise aujourd'hui.

Ainsi en 1969, Raoul Senault, président de l'Inserm, fait une note de travail dans laquelle il dit : « La recherche menée dans les domaines biologique et clinique, certes fondamentale, ne recouvre pas l'ensemble des phénomènes qui définissent la maladie et la santé. » Au concept purement biologique se substitue progressivement une notion aux dimensions nouvelles. Du biologique, on passe au bio-psycho-social. Les psychologues et les sociologues ont montré les conséquences de l'urbanisation, de l'industrialisation massive, des grands ensembles résidentiels, des cadences de travail, de l'automation. Voilà les points d'appui de la recherche dite médicosociale et qui deviendra la recherche en santé publique. Il ajoute, toujours en 1969 :

« Le développement de la recherche médicosociale est plus que nécessaire, et la France est en retard sur d'autres pays. Peut-être faut-il reconnaître que les institutions de santé publique confondent parfois recherche médicosociale et recueil des informations sanitaires et ont été plus souvent préoccupées de la lutte contre les maladies que de la mise en œuvre d'une véritable politique de santé. La recherche ne s'est pas vraiment intéressée au fondement scientifique de la mise en place d'une politique de santé. »

1969 est aussi l'année du festival de Woodstock aux États-Unis pour lequel on attend 45 000 personnes. Il en viendra 450 000.

À la même époque, à l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) à Genève, un petit nombre d'experts réfléchit à ce qu'est l'éducation pour la santé. Il formule ainsi trois objectifs :

- Modifier le comportement sanitaire de la personne et de la collectivité, et renforcer les comportements favorables préexistants.
- Développer chez les personnes le sens des responsabilités pour leur propre santé et celle de la collectivité, et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité.
- On notera l'important glissement sémantique où, pour prendre en compte les comportements de la santé, on aborde la notion de « citoyenneté ».
- Promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de la personne en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective.

Le mot santé n'apparaît plus dans ce troisième objectif. Nous sommes alors en plein dans les notions de « citoyenneté », d'« éducation » au sens large. Apparaît également le mot « dignité » sur lequel nous reviendrons.

En tout cas, « dignité », « responsabilité » et « solidarité » sont les termes qui président en 1969 à une définition des objectifs de l'éducation pour la santé.

Quelques années plus tard, en 1973, un communiqué de presse, diffusé lors de l'Assemblée mondiale de la santé, n'a pas fait beaucoup de remous. Intitulé : « Large mécontentement dans le monde au sujet des services de santé », en voici quelques extraits :

« Même dans les pays riches, les services de santé restent inaccessibles à une fraction importante de la population. [...] Ils sont incapables de répondre aux vœux des populations. [...] Ils sont inaptes à combler les différences à l'intérieur d'un même pays, d'un groupe de population à un autre. [...] On observe un sentiment d'impuissance de l'utilisateur qui estime que les services de santé et les professionnels de santé suivent leur propre voie qui est satisfaisante pour eux, mais qui ne répond pas à ce que souhaite l'utilisateur et sur laquelle il ne peut influencer. »

C'est à l'époque un constat de l'OMS sur le mécontentement des populations qui se sentent exclues du fonctionnement des services de santé. Elles n'ont pas l'impression de pouvoir influencer, participer et exercer la responsabilité dont il était question dans les objectifs formulés quelques années auparavant.

C'est également au même moment qu'au Canada, en 1974, se dessine une réforme importante des services de santé, qui servira de modèle pour beaucoup de pays, s'appuyant sur le rapport de Marc Lalonde<sup>3</sup>, ministre de la Santé fédérale du Canada. Cette nouvelle perspective présente deux objectifs fondamentaux à une politique de santé publique : l'un sur le système de soins de santé, l'autre sur la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé. En France, nous ne sommes pas loin d'avoir fait la même chose grâce à la ministre de la Santé, Simone Veil, qui va redonner vie au Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en nommant à sa tête comme délégué général sa propre chargée de communication. C'est alors le début des grandes campagnes médiatiques sur le tabac et sur l'insertion des personnes handicapées. Si ces campagnes ne peuvent traduire à elles seules la promotion de la santé, elles vont donner une dynamique et une visibilité à l'éducation pour la santé. Dynamique sur laquelle les professionnels de l'éducation pour la santé vont largement s'appuyer pour acquérir une légitimité qu'ils n'avaient pas forcément jusqu'alors.

En 1978, c'est la Conférence d'Alma-Ata co-organisée par l'Organisation mondiale de la santé et l'Unicef, fonds des Nations unies pour l'enfance, sur les soins de santé primaire. Alma-Ata se trouve à l'époque en Union Soviétique, derrière le rideau de fer. Les Soviétiques ont fait cette invitation à l'OMS en posant un symbole politique fort : le co-président de la conférence n'est autre qu'Édouard Kennedy, le frère du président des États-Unis. Ainsi, lorsque l'on parle « santé », on efface pour un temps

3. Lalonde, M. (1974).

les différends politiques et la guerre froide. Il y a dans le domaine de la santé publique quelque chose qui transcende même les grands clivages internationaux. La déclaration d'Alma-Ata<sup>4</sup> dit en conclusion :

« L'accèsion au niveau de santé le plus élevé possible suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé. [...] La promotion et la protection de la santé des peuples sont les conditions *sine qua non* d'un progrès économique et social et contribue à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale. Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. [...] Les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et la participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins. »

On retrouvera ces propos quelques années plus tard dans la Charte d'Ottawa.

En mai 1981, c'est en France l'arrivée de la gauche au pouvoir. François Mitterrand déclare : « Quand on soigne les riches mieux que les pauvres, ce n'est pas juste. » Il contribuera à modifier la situation en créant, quelques mois après son élection, le revenu minimum d'insertion. Son ministre de la Santé Jack Ralite crée en 1982 les Comités consultatifs de promotion de la santé. C'est un mouvement qui existe encore dans certaines régions. M. Ralite étant membre du Parti communiste dans ce gouvernement socialiste. Ces comités sont alors couramment appelés des « CoCoPS ». Il s'agissait, à raison d'un financement de 1 franc par habitant, de confier à des associations, des organismes ou des individus, des actions vraiment très proches du terrain de la promotion de la santé. On verra ainsi la constitution d'un catalogue extraordinaire d'actions, certaines un peu hors normes dans leur montage par rapport à la santé publique de l'époque. En tout cas, ces crédits déconcentrés de prévention sont vraiment l'ébauche d'une politique de promotion de la santé.

En 1985, pour la première fois en France, est organisée à Nancy une première réunion internationale autour de la promotion de la santé. Elle porte sur l'éthique de la promotion de la santé et cela avant même que l'OMS définisse la « promotion de la santé ».

En 1986, arrive la Charte d'Ottawa<sup>5</sup>. C'est vraiment la synthèse de tout ce qui s'est fait dans les années précédentes. Vous en connaissez la définition. Elle n'est pas toujours d'une grande clarté, le terme « promotion de la santé » n'est pas très bien choisi en langue française. Mais je passe sur ce sujet pour ne pas être trop long. En tous cas, aujourd'hui, on parle de la promotion de la santé.

Que va-t-il se passer sur ce terrain maintenant de France ? Quelle est la suite de ce processus entrepris depuis 1960 ?

4. [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/) (30/11/2015).

5. [http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf) (30/11/2015).

Le constat est à la déception en l'absence totale de prise en compte de la santé dans le paysage réglementaire français. Nos gouvernements sont restés complètement à côté du sujet, qu'ils soient de gauche ou de droite. Aucune des lois de santé publique, depuis celle de 2002, la loi Kouchner, jusqu'à celle de 2009 qui nous régit encore aujourd'hui, n'évoque la promotion de la santé. Celle de 2002 parle du terme mais en faisant une erreur sémantique totale sur le sens. La loi HPST, Hôpital patients santé territoires, ignore totalement la promotion de la santé. La loi de 2015, actuellement en discussion, dite loi Touraine, évoque la promotion de la santé mais relativement peu.

Nous faisons le constat que le sujet ne semble pas intéresser nos politiques, en l'absence de projets clairs autour de la promotion de la santé et en l'absence d'un référentiel de santé publique à la fois technique et éthique. Aujourd'hui l'organisation du financement des actions de santé publique de terrain est contradictoire avec les concepts et les méthodes de la promotion de la santé. Il faudrait trouver un autre mode de gestion du secteur associatif, en particulier un autre mode de financement du secteur, pour que la promotion de la santé puisse être effective.

Il y a quand même quelques plages de lumière, et nous citerons :

- Les Ateliers Santé-Ville, mis en place dans le cadre de la politique de la ville et non de la politique de santé. Mais peu importe car, au final, on traite bien dans ce cadre des questions de promotion de la santé.
- La circulaire de 2001, relative à l'élaboration des Schémas régionaux d'éducation pour la santé<sup>6</sup> et les Contrats locaux de santé, beaucoup plus récents, qui sont une conséquence de la loi de 2009.
- La création d'une Chaire de promotion de la santé à l'École nationale de santé publique.

Malgré ces plages de lumière, quelque chose ne s'est pas fait. Est-ce une méfiance de nos politiques, un manque de culture et de compétences en santé publique dans les hautes sphères politiques et administratives ?

Nous avons comme témoin dans la salle Jean Chapellet, ancien directeur régional des Affaires sanitaires et sociales de Lorraine, seule DRASS qui, à notre connaissance, ait demandé en France à une équipe de santé publique de venir former son personnel administratif et médical à la promotion de la santé. Cela a été une expérience innovante qui a laissé des traces parmi les collaborateurs que vous aviez à l'époque et qui sont restés à la DRASS.

Il y a donc selon moi un manque de culture et de compétences sur ce champ, avec :

- Une persistance de la part des responsables d'une référence au modèle biomédical : « En cas de problème de santé : voyez avec le docteur. »
- Le désintérêt des universités pour des raisons que l'on pourrait discuter, notamment pour les départements de santé publique.
- La méfiance ou la jalousie des responsables publics vis-à-vis du secteur associatif.

---

6. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm>.

- Le manque d'aptitude des acteurs de terrain à convaincre les responsables. C'est un reproche que je fais à moi-même en tout premier lieu.
- La peur et le refus de perdre du pouvoir en en conférant aux populations.

Un ou deux ans après la Charte d'Ottawa, le médecin conseil national de l'Assurance maladie de l'époque me dira un jour dans son bureau : « La promotion de la santé est un concept subversif. » Peut-être n'avons-nous pas su expliquer ou peut-être n'ont-ils pas voulu écouter ? Mais il nous semble essentiel de placer la promotion de la santé comme un fait scientifique, non pas comme une idéologie.

On peut alors pointer l'insuffisance de la recherche, mot qui ne figure pas dans la Charte d'Ottawa contrairement à la déclaration d'Alma-Ata, la difficile articulation entre pratique de terrain et recherche, le notion encore floue de « recherche opérationnelle », le désintérêt de l'Inserm et l'insuffisance de travail en commun entre la recherche en sciences humaines et celle encore trop souvent biomédicale de « santé ».

Tout à l'heure, j'ai cité le mot « éthique », important lorsqu'on parle de participation, d'autonomie, de droit, de dignité, de justice sociale, de solidarité. Mais je voudrais conclure mon propos en citant les cinq domaines du référentiel qui constituent pour moi la Charte d'Ottawa :

- construire des politiques publiques de bonne santé ;
- créer des environnements supportifs ;
- renforcer l'action communautaire ;
- développer les aptitudes personnelles ;
- réorienter les services de santé.

### **Échanges avec la salle :**

*Participant* : Bonjour. Je suis un de vos anciens élèves, M. Deschamps, et j'ai été très intéressé par votre présentation historique du concept de santé publique. Je n'y ai pas trouvé un événement appelé « Bamako », auquel j'ai pourtant été beaucoup confronté dans ma vie pratique professionnelle. Il s'agit d'un dispositif spécifique pour l'Afrique. De mon point de vue, il a créé des dégâts considérables sur la façon contemporaine de penser l'accès aux soins. Mes deux sujets de préoccupation permanents sont l'accessibilité aux soins et l'acceptabilité des soins. J'aimerais, s'il vous plaît, que vous puissiez au moins évoquer votre lecture politique de Bamako.

*Jean-Pierre Deschamps* : Je partage totalement votre avis sur ce qui s'est passé à Bamako en 1987. C'est un scandale dans la gouvernance mondiale que d'avoir organisé cette conférence sur la façon dont les gens allaient devoir payer des soins, là où jusqu'à présent, ils leur étaient fournis gratuitement dans le cadre des systèmes de santé qui s'étaient montés durant les systèmes coloniaux. Cela a été une hypocrisie totale puisqu'on annonçait leur participation aux soins, mais la seule participation demandée était de payer. Les hôpitaux en Afrique se sont tous munis de grilles, et les gens devaient passer par le guichet pour payer avant d'entrer dans l'hôpital ou le centre de santé. Le texte de Bamako avait prévu que la gratuité des soins serait maintenue pour les indigents. Cela ne s'est pas fait, et, dans la réalité, la gratuité des soins était offerte aux politiques et à ceux qui avaient de l'influence. C'était une corruption généralisée

et c'est encore un scandale aujourd'hui même si, heureusement, d'autres modes de financement se sont mis en place dans un certain nombre de pays. C'est vraiment un triste épisode de l'histoire de la santé publique en cette fin du XX<sup>e</sup> siècle.

*Participante* : Bonjour. Moi aussi, j'ai eu la chance d'être étudiante de Jean-Pierre Deschamps. Aujourd'hui, je m'occupe d'un Master en activité physique adaptée à l'Université de Lyon-1. J'avais envie de faire la jonction entre deux questionnements abordés ici. Il y a l'idée que l'activité physique est un comportement bon pour la santé et que l'on va amener la population à s'auto-contrôler pour s'imposer un minimum d'exercice qui sera favorable à sa santé et éventuellement suivre les personnes pour leur permettre de le faire, qui plus est avec un médecin cardiologue pour les contrôler. C'est une voie. L'autre voie est celle de l'activité physique adaptée telle qu'elle s'est construite dans une démarche politique décrite par Jean-Pierre Deschamps. Ce mouvement est né dans les années 80 et s'est concrétisé au Québec. Il s'inscrit dans un mouvement d'émancipation des personnes. À ce moment-là, la question de l'activité physique n'est pas simplement un auto-contrôle, c'est aussi une auto-détermination et surtout un moyen d'expression.

Pour amplifier vos propos, à un moment donné, du point de vue de la recherche, cela pose la question des indicateurs que nous allons utiliser. On pourrait évidemment en voir les bénéfices sur la santé et sur la condition physique. Mais on peut aussi voir en quoi c'est un facteur d'émancipation et de prise en main d'un nouveau rapport à son corps et aux autres. Quand on utilise l'activité physique adaptée cela renvoie à un concept. On parlait tout à l'heure d'erreurs sémantiques qui se font pour la promotion de la santé mais qui peuvent aussi se faire sur ce secteur-là. C'était plutôt une réflexion sur la manière dont la recherche, qui est aussi à lier à l'activité physique adaptée, peut promouvoir des projets plus complémentaires prenant en compte l'ensemble des indicateurs qui nous intéressent.

*Participant* : Une question à Jean-Pierre Deschamps. Avez-vous entendu parler d'un communiqué de l'OMS indiquant que les plans d'austérité pour la Grèce sont un facteur nuisible à la santé des populations ? On constate que le système de santé en Grèce est en train de s'écrouler. Derrière la question, il y a une question plus conceptuelle. Dans votre historique, la notion de santé est élargie à une utilisation assez restrictive sur la dimension biologique. Quand on parle de médical, c'est l'idée du biologique. Finalement, on élargit au psychologique, au social, au culturel et au politique. Dans cet élargissement à l'infini, n'y aurait-il pas un autre problème paradigmatique, qui est que le concept de santé n'est plus adapté ? Quand on parle de culture, d'anthropologie, de politique, on n'est plus seulement centré sur l'individu mais sur des groupes sociaux, des institutions et sur des organisations. L'un des enjeux de la recherche n'est-il pas de poser la question de la limite de ce concept de santé pour parler plutôt de bonheur et d'équilibre ? Je pense que dans notre culture et notre anthropologie libérale centrée sur l'individu, Alain Ehrenberg le dit bien, dans les limites de ce que l'on fait reposer à la responsabilité de l'individu, n'y a-t-il pas quelque chose qui pose fondamentalement problème en termes de concept ? Aujourd'hui, dans une perspective d'avancée de la promotion de la santé, ne faudrait-il pas que la promotion de la santé dans sa définition s'ampute de quelque chose autour de la notion de santé ?

*Jean-Pierre Deschamps* : Concernant la première question, j'ai entendu parler de ce communiqué de l'OMS. Je ne l'ai pas lu. Je sais qu'il existe. Cela n'a rien d'étonnant. Si on contraint une population à la misère, cela m'étonnerait qu'elle en sorte en bonne santé. Ceci étant, je ne vais pas prendre position sur d'autres aspects politiques de l'histoire récente de la Grèce. Sur le concept de santé, qui aujourd'hui a acquis une pluri-dimensionnalité considérable, on pourrait citer la définition de l'OMS : « La santé, c'est le bien-être. » On peut travailler sur le bien-être. Cela éviterait peut-être que l'on vous fasse des remarques, en disant : « On vous demande un diagnostic de santé et non pas des infrastructures existantes. ». Dans les textes liminaires aux présentations de la journée d'aujourd'hui, les organisateurs ont utilisé à plusieurs reprises l'expression « vivre ensemble » qui est intéressante. La santé c'est aussi le vivre ensemble. Il est vrai que le terme de communauté est aujourd'hui un peu sorti du langage. C'était à la mode, on en parle moins aujourd'hui. Parler du bien vivre ensemble pourquoi pas. En tout cas aujourd'hui, le mot santé a un autre sens que le mot santé du modèle biomédical. Nous sommes dans un autre paradigme et dans un autre modèle beaucoup plus large. Ceci étant, quand on parle de la santé, il faut être sûr d'en parler dans cette perspective élargie, sinon cela n'aura pas de sens.

### 3 Qu'est-ce que l'« action » en promotion de la santé ? Objectifs, méthodes et outils (2)

Virginie Dénarié

Responsable de projets, Mutualité française Rhône-Alpes

Je vous propose maintenant une relecture faite avec Jean-Pierre Deschamps de la Charte d'Ottawa et de ses concepts, ponctuée d'exemples de terrain. L'exercice était assez frustrant car nous pourrions parler longuement de chaque action. Je vous invite donc à nous solliciter pendant le temps d'échange, si vous le souhaitez.

Le premier concept consiste à promouvoir des politiques publiques de bonne santé. On attend de ces politiques qu'elles soient conformes aux exigences de bonne santé des citoyens. Elles touchent alors à différents domaines politiques : social, économique, éducatif, de loisirs, environnemental, de l'urbanisme et de l'habitat. Souvent, quand quelqu'un est malade, nous avons tendance à dire que c'est le médecin qui est concerné. Mais, en fait, toutes les politiques ont un rôle à jouer dans ce domaine et cela veut dire, en quelque sorte, que tous les décideurs de ces politiques sont responsables en matière de santé. Par exemple, si nous mettons en place un dépistage du saturnisme, cette action sera insuffisante si, en parallèle, il n'y a pas la mise en place d'une politique du logement pour les populations les plus démunies. Cela n'aurait pas de sens de faire d'un côté sans faire de l'autre. Au niveau départemental, ces politiques de bonne santé peuvent par exemple interagir avec les transports ou les infrastructures routières, et au niveau local, au sein des entreprises ou des établissements scolaires, favoriser la bonne santé des salariés ou des élèves.

Pour illustrer ce concept, il y a notamment les projets de type ICAPS, intervention auprès des collégiens centrée sur les questions d'activité physique et de sédentarité<sup>7</sup> qui sont des projets de promotion de l'activité physique reposant sur le modèle socio-écologique. L'idée est de prendre l'individu dans son milieu pour agir sur trois domaines d'intervention :

- D'abord autour du collégien, en nous intéressant à ses attitudes, ses croyances, ses comportements.
- Ensuite, avec l'entourage du collégien : ses parents, les enseignants et les animateurs qu'il peut rencontrer sur les temps extra-scolaires.
- Enfin, nous étudions l'environnement structurel et organisationnel, afin de donner aux élèves la possibilité de pratiquer une activité physique dans leur environnement, au sein des établissements scolaires et/ou au sein des structures extra-scolaires.

Nous avons eu la chance de pouvoir répondre à un appel à projet de l'Inpes pour la région Rhône-Alpes. Nous étions trois structures : l'Agence Écomobilité, l'IREPS Rhône-Alpes et la Mutualité française Rhône-Alpes. Au sein d'un comité de pilotage, nous avons pu réunir des professionnels et des acteurs qui relevaient de différentes politiques puisque nous avons des acteurs du secteur associatif, du secteur éducatif et des communautés de communes. Nous avons réussi à mettre autour de la table des

7. <http://www.inpes.sante.fr/icaps/> (30/11/2015).

partenaires de champs variés mais complémentaires, pour échanger autour de la santé globale. Plus concrètement, cela nous a permis de mettre en place, au sein d'établissements scolaires, des ateliers d'activité physique durant le temps de midi pour que les élèves puissent augmenter leur pratique au quotidien. Nous avons également essayé de jouer sur les temps extra-scolaires avec les associations présentes dans les quartiers pour proposer des animations les mercredis et pendant les vacances scolaires. Nous sommes allés jusqu'à la construction de parkings à vélo pour que les enfants qui souhaitent avoir un déplacement doux puissent garer leur vélo au sein de l'établissement scolaire. C'est important de faciliter les changements de comportements. Ce projet illustre bien l'idée que tous les secteurs vont être concernés pour favoriser la pratique d'une activité physique et plus largement une bonne santé des élèves.

Le deuxième concept consiste à créer des environnements favorables à la bonne santé des populations. Cela est souvent traduit par des environnements « supportifs » dans l'idée de se soutenir, de veiller les uns sur les autres. Si nous transposons ce concept au travail, il s'agit d'offrir des conditions de travail qui soient plaisantes et stimulantes. Derrière ce concept d'« environnements favorables », il y a l'importance d'agir sur l'environnement proche des personnes. Par exemple, si nous faisons des interventions en milieu scolaire sur l'hygiène corporelle, il est important de regarder si au sein des établissements scolaires il y a du savon, de quoi s'essuyer les mains, de l'eau et des sanitaires dans un état correct. L'un ne va pas aller sans l'autre. Il faut cependant faire très attention à ne pas culpabiliser les personnes. Par exemple, prôner une agriculture biologique auprès d'une population en difficulté sociale et pour lequel aucun accès privilégié à cette agriculture n'est offert. Améliorer l'environnement des personnes peut également passer par la mise en place de politiques locales comme par exemple l'accès aux loisirs à des prix préférentiels.

Pour illustrer ce concept, un autre exemple de la Mutualité française Rhône-Alpes qui, dans le cadre d'un partenariat Inter Réseaux avec l'Union régionale pour l'habitat des jeunes et l'Union régionale des missions locales de la région Rhône-Alpes, a créé un photo-expression sur la santé environnementale. La création de cet outil est une belle illustration parce que tout le travail avec un photo-expression est d'échanger à partir des représentations des participants. Afin de couvrir la thématique très large de la santé environnementale, nous avons défini cinq focus :

- l'alimentation ;
- les cosmétiques et produits d'hygiène ;
- l'air intérieur ;
- l'environnement extérieur ;
- les ondes électromagnétiques.

Nous avons proposé à cinq groupes de jeunes de pouvoir échanger dans un cadre favorable sur leurs propres représentations, en insistant sur l'importance de respecter la parole de l'autre, sur le fait qu'une représentation n'était ni une bonne ni une mauvaise réponse et qu'il y avait une multitude de représentations qui pouvaient découler du thème proposé. C'est à partir de ce travail avec les jeunes que nous avons pu créer des photos qui les représentaient et qui parlaient de leur point de vue de santé environnementale : nous étions vraiment sur un choix de photos à leur image.

Ensuite, le déploiement de l'outil a permis de pouvoir animer des groupes focus sur la santé environnementale, dans un cadre de bienveillance et de respect, avec notamment la rédaction d'un livret d'animateur qui précise les consignes et les bonnes conduites à tenir pour l'animation de cet outil.

Cependant, en animant cet outil, un élément nous a marqués autour d'un geste simple pour améliorer la qualité de l'air intérieur. Pour assainir l'air intérieur il faut aérer tous les jours. C'est très économique et facile à expliquer à un groupe de jeunes. Mais, en fait, des collègues se sont retrouvés dans un Foyer de jeunes travailleurs où ce geste simple devenait impossible parce que les fenêtres étaient verrouillées pour la prévention du suicide. Cela montre que pour créer un environnement favorable, il faut avoir une bonne connaissance du lieu de l'intervention afin de proposer des alternatives réalistes et réalisables. Grâce à ces *focus groups*, ce sont les jeunes qui nous disent ce qu'il est possible de faire. Nous sommes vraiment dans leurs propres possibilités de création d'environnements supportifs.

Un autre domaine d'action important dans la définition de la Charte d'Ottawa est de réorienter les services de santé en décroissant, par exemple, les services curatifs et préventifs. Cela peut paraître simple pour les acteurs de promotion de la santé qui, de fait, parlent de prendre soin de la personne, sans cloisonner le soin et la prévention. En revanche, lorsque les cloisons existent, c'est le curatif qui « gagne » parce que ses effets sont à court terme et plus facilement évaluables. Il est important d'arriver à garder cette notion de « prendre soin du patient et d'essayer de proposer des actions qui ne dissocient pas les services. Il y a aussi dans ce domaine le rôle fondamental des usagers, que nous retrouvons dans le concept de « démocratie sanitaire » et qui est une réalité importante. Toutes les actions de prévention que nous réalisons ont pour vocation de donner la capacité aux personnes malades et aux citoyens de pouvoir donner leur avis, afin de voir évoluer et réformer les services de santé. Nous avons également un rôle à jouer dans les formations des professionnels pour diminuer ce clivage. Par exemple, nous intervenons de plus en plus dans les IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers) pour parler de prévention santé dès la première année. Il y a encore du chemin à faire parce que ce sont souvent des interventions, bien qu'interactives, qui ne sont pas toujours considérées comme prioritaires par les étudiants. Ils sont venus pour apprendre à soigner et la prévention, finalement, n'est pas dans leurs attentes. Une autre façon de diminuer les clivages est par exemple d'arriver à continuer de réunir des associations de patients avec des services hospitaliers pour que les médecins apprennent des patients et que les patients apprennent aussi des médecins.

Voici trois exemples pour montrer comment nous pouvons agir sur ces services de santé :

1/ La mise en place d'ateliers avec des opérés du cœur. En Haute-Savoie, des séances d'activités physiques adaptées sont proposées à des personnes qui ont été hospitalisées dans le centre hospitalier Alpes-Léman et qui sont en fin de rééducation hospitalière. Un « Coach Athlé Santé » les accompagne avec un cardiologue pour des séances réparties sur toute l'année, pour leur permettre de pratiquer une activité physique. Depuis peu, un lien est également établi avec d'autres services de l'hôpital pour proposer à

des personnes en surpoids ou diabétiques de se joindre à ce groupe. Nous amenons ainsi une dimension préventive dans le soin.

2/ Ce type de partenariat a également été mis en place en Savoie avec des ateliers « nutrition » pour des opérés cardiaques, prévoyant un temps d'échange avec une diététicienne qui va essayer de répondre à leurs attentes en rapport à leur pathologie. Nous les aidons ensuite à composer un pique-nique équilibré. Nous leur proposons enfin une séance d'activité physique, telle que la marche nordique, avec un « Coach Athé Santé ».

3/ Enfin, le forum « Bien vivre sa grossesse, et après ? » se met en place dans le Rhône et dans l'Ain. À travers un comité de pilotage, sont réunis des professionnels de différents secteurs : des sages-femmes, des personnels d'établissements mutualistes, des acteurs de prévention. L'idée est de proposer au sein d'un établissement hospitalier des stands de prévention. On va pouvoir rencontrer, dans un cadre hospitalier, des parents et futurs parents pour échanger avec eux sur le rythme de vie du bébé et de la famille, sur l'allaitement, sur la santé environnementale ou encore sur le portage des bébés. Nous voyons l'importance de montrer aux bénéficiaires qu'au sein de cet établissement hospitalier mutualiste, il est possible d'accéder à la prévention.

Autre axe également important, celui du renforcement de l'action communautaire. Au sens large, l'action communautaire va trouver son origine dans l'idée que les initiatives doivent être issues de la communauté de vie des personnes ciblées. Nous sommes dans ce que l'on appelle la « démocratie participative » parce que nous partons de là où sont les personnes pour proposer des actions. Ce n'est pas nous, professionnels ou institution, qui arrivons sur le terrain avec une action toute prête. Il est ici question de créer l'action avec les personnes.

Pour illustrer l'action communautaire, un exemple parlant est celui de la mise en place des diagnostics de santé partagés sur les territoires. Souvent portés par les Observatoires régionaux de la santé, l'idée de ces diagnostics est d'arriver à transmettre une culture commune auprès des élus, des professionnels et des habitants sur un territoire. Dans le cadre d'un emploi précédent, il m'est déjà arrivé lors de la présentation d'un diagnostic santé au sein d'une mairie en Bourgogne, que le maire nous interpelle sur les résultats. Nous échangeons sur les problèmes de garde, qui étaient un frein à l'accès à l'emploi, puis sur les difficultés d'accès aux trottoirs pour les personnes en fauteuil roulant. Le maire ne comprenait pas pourquoi nous parlions de trottoirs, d'infrastructures et de problèmes de garde alors que la commande initiale portait sur un diagnostic santé. Nous avons vraiment pris conscience de la nécessité d'avoir une culture commune autour de la santé au sens large.

Lorsque nous rencontrons une population sur un territoire, l'intérêt des diagnostics est vraiment d'arriver à montrer que la santé se traduit dans de nombreux déterminants des conditions de vie. Ce sont eux qui font que les personnes se sentent bien ou pas dans leur quartier. Ensuite, nous allons recueillir des indicateurs sociaux et sanitaires et constituer un recueil des besoins et des attentes des professionnels et des habitants, à travers des entretiens collectifs ou individuels. Nous allons également dans les quartiers ou sur les territoires faire de l'observation participative. Nous allons regarder s'il y a

des commerces de proximité, quels sont les horaires de bus pour se rendre dans la ville la plus proche, s'il y a suffisamment de médecins, de parcs pour se promener, si les halls d'immeubles sont propres, etc. Cela fait partie d'une prise en compte générale importante. Enfin il faut regarder ce qui est déjà en place au sein des quartiers en termes de structures, dispositifs, initiatives des habitants. C'est grâce à cela que nous pourrions mettre en place des actions qui partent vraiment de la communauté de vie et de ses espaces de rayonnement. C'est sur ces éléments que nous allons pouvoir mettre en place des actions adaptées.

Le dernier concept sur lequel nous voulions intervenir consiste à développer les aptitudes individuelles. Nous le faisons beaucoup en promotion de la santé. Cela permet d'agir sur le rôle des usagers en tant que citoyens responsables. En informant les personnes, nous pouvons les aider à prendre la parole, à intervenir dans de grands débats de société et s'investir dans des actions communautaires. C'est également transmettre ou souligner des compétences pour que les personnes aient un plus grand contrôle sur leur santé et qu'elles puissent retrouver une capacité et un pouvoir d'agir sur les déterminants de leurs conditions de vie et de santé.

L'exemple pour illustrer ce développement d'aptitudes individuelles est celui des ateliers « Bien vivre avec son handicap » que nous développons principalement auprès de publics en situation de handicap psychique ou mental. L'objectif est de favoriser l'estime de soi des participants, l'acquisition de compétences et le développement de l'autonomie. Nous intervenons bien entendu dans une démarche de santé globale. C'est en développant nos actions et en échangeant sur le thème de la santé avec les personnes que nous avons été confrontés au problème de l'absence d'outils adaptés. Nous avons donc choisi de créer un photo-expression, le « Clic Clac santé », avec un groupe de personnes handicapées psychiques, afin d'aborder plus facilement la thématique de la santé dans nos animations. Pour cet outil, nous avons dû créer beaucoup d'images sur les médicaments, la prise de médicaments, le sommeil ou bien encore l'anxiété, que nous ne retrouvions pas dans d'autres outils. C'était une représentation de leur santé. Cet outil nous a aussi permis de mettre en place des ateliers qui répondent à leurs besoins, pour développer leurs compétences et leur offrir un plus grand contrôle sur leur santé. Dans la pratique, la première séance est très souvent tournée autour du « Clic Clac santé » pour proposer par la suite des séances qui répondent mieux à leurs attentes.

Dans les ateliers que nous développons auprès de tous nos publics, nous veillons à utiliser des outils adaptés et des démarches participatives. Nous partons toujours de là où les participants se trouvent. Par exemple, si nous faisons un atelier cuisine, nous allons partir de ce qu'ils aiment manger, des ustensiles qu'ils ont chez eux, de leur budget et d'aliments faciles à se procurer. Nous faisons ensuite les recettes avec eux pour qu'ils les reproduisent à leur domicile afin d'avoir une alimentation plus équilibrée.

Merci de votre attention.

## Échanges avec la salle :

*Anne-Marie Schott* : Comment évaluez-vous l'impact de certaines de vos actions, par exemple sur l'activité physique ?

*Virginie Dénarié* : L'évaluation est toujours une difficulté. Il est difficile d'évaluer notre impact par rapport à ce qu'il peut y avoir dans les messages de prévention. Sur l'activité physique adaptée, l'évaluation peut porter sur le sentiment des participants sur leur état de santé entre le début et la fin de l'année, ou sur les freins et leviers à la pratique d'une activité physique. Malheureusement, nous n'avons pas la possibilité de faire des tests physiques en amont et en aval. Après, cela nécessiterait de mettre en place un programme et de travailler sur l'évaluation. Nous n'avons pas non plus la possibilité de faire un groupe témoin.

*Nicolas Lechopier* : Pour renforcer la question posée tout à l'heure, il s'agit d'essayer de faire un lien entre les deux exposés, d'un côté l'intervention et de l'autre la recherche en santé publique. Il y a un questionnement autour du concept de santé. Anne-Marie Schott a parlé des comportements à risque, d'une échelle individuelle, avec un parallélisme entre tomber malade et se soigner, et avant de tomber malade prévenir pour rester en bonne santé. Du côté de Jean-Pierre Deschamps et Virginie Dénarié, on était sur une approche de la santé en interaction avec son milieu. Cette distinction dans le concept de santé est-il un obstacle au dialogue que l'on recherche dans cette journée aujourd'hui ? Peut-on se mettre d'accord sur ce concept de santé ? Je trouve quand même significatif que dans l'historique présenté par Jean-Pierre Deschamps, ce soit le champ de la santé publique qui élargisse le concept de santé. Finalement, ce ne sont pas des facteurs extérieurs au champ biomédical qui ont produit ces innovations conceptuelles. Peut-être que cela répond à un besoin, y compris dans le champ médical et biomédical, d'avoir une conception élargie de la sorte.

Le deuxième problème rencontré est celui des méthodes. Anne-Marie Schott nous a dit que les preuves servaient parfois à douter et finalement à se remettre en question. Virginie Dénarié a aussi présenté des expériences qui étaient subjectives au sens où parfois on est surpris. On apprend des choses dans les deux cas, soit parce que des conclusions d'essais remettent en cause des hypothèses que l'on croyait pourtant à peu près certaines, soit parce que l'expérience de terrain nous fait apprendre. Dans les deux cas, on a une expérience du doute qui fait probablement partie de la recherche. Simplement, ce sont des façons assez différentes d'expérimenter le doute, qui après vont pouvoir emprunter des canaux de transmission très différents, d'un côté des publications, des recommandations, des preuves, et de l'autre de l'expérience de terrain qui se partage d'ailleurs plus ou moins bien. C'est aussi un problème pour les publications scientifiques. Concept de « santé » d'un côté et méthodologie de recherche de l'autre.

*Mohamed Boussouar* : Cette dernière intervention opère la synthèse que j'appelais de mes vœux. Anne-Marie Schott n'est pas forcément que du côté de la modification des comportements. La promotion sur la santé n'est pas qu'un concept théorique qui vise à l'installation d'un projet politique un peu « fumeux ». Nous sommes peut-être dans une sorte de résonance qui peut émerger à travers l'intervention de Christine

Ferron. C'est toujours elle que l'on appelle dès qu'il faut réconcilier des secteurs qui sont apparemment conflictuels.

## 4 Qu'est-ce que la recherche interventionnelle en promotion de la santé ?

Christine Ferron

Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bretagne

Présenter la recherche interventionnelle en promotion de la santé n'est pas simple, particulièrement sous l'angle conceptuel ou théorique, mais je sais que l'après-midi sera consacré à des exemples de recherches interventionnelles. Aussi je vais essayer de poser un cadre qui nous permettra de partager une définition commune et qui nous aidera à en débattre et à en discuter. J'espère qu'il permettra également aux nombreux acteurs présents dans l'assistance de se lancer dans ce type de projet.

En préambule, je voudrais poser trois éléments avant d'introduire ce concept. Fonder les pratiques et les décisions en promotion de la santé sur des données scientifiquement validées est devenu un enjeu essentiel de la promotion de la santé. D'ailleurs, si vous êtes des acteurs, quel que soit votre secteur d'intervention, je crois que vous devez tous être enjoint à fonder vos interventions, à justifier vos méthodes, par un appui ou un étayage sur des recommandations, sur ce qu'on appelle les données probantes issues de la recherche. C'est aujourd'hui devenu un enjeu essentiel des programmes d'actions en promotion de la santé. La dimension positive de cette exigence qui nous est faite est que cela traduit la reconnaissance du caractère rigoureux, pertinent et valide des démarches de promotion de la santé. Ces démarches ne sont pas construites que sur des intuitions ou des envies d'agir, mais bien sur des protocoles validés scientifiquement. C'est une avancée qu'il faut saluer. Cependant, c'est une avancée qui soulève beaucoup d'interrogations sur la production, l'existence, la disponibilité et l'accessibilité de ces données scientifiques, concernant précisément la promotion de la santé dans la définition que Jean-Pierre Deschamps et Virginie Denarié ont donnée.

Quelles sont ces données scientifiquement validées ? Par qui sont-elles produites et comment ? Qu'est-ce qui garantit leur adéquation avec les besoins des acteurs et des décideurs ? Sont-elles facilement appropriables et aisément transposables dans les pratiques des acteurs et des décideurs ? Répondent-elles à des questions véritablement liées à nos pratiques ? En un mot, sont-elles toujours utiles ?

Je suis membre du comité de rédaction de la revue Santé Publique depuis un certain nombre d'années. Je peux témoigner des articles de recherche que nous recevons et qui se concluent par une phrase du type : « La recherche que nous avons menée – pendant trois années et qui a coûté 500 000 € – nous permet de dire qu'il faut mettre l'accent en prévention sur les publics vulnérables », quels que soient ces publics. Cela ne remet pas en cause la pertinence scientifique, la qualité du protocole mis en place pour produire ces articles, mais les résultats ainsi avancés ne présentent strictement aucun intérêt pour les acteurs et les décideurs. Car pour de nombreux acteurs de la promotion de la santé, toute la question est là : comment va-t-on se procurer des données de recherche utiles à l'action et à la décision ? La recherche interventionnelle en promotion de la santé peut permettre d'apporter une réponse.

La question de la recherche interventionnelle en promotion de la santé suppose de reconnaître la spécificité de l'expertise en promotion de la santé, qui n'est pas a priori une expertise médicale ni celle de la connaissance des causes d'une maladie. Je voudrais citer à ce sujet l'équipe de Louise Potvin qui dans une publication<sup>8</sup> dit : « Il existe un mythe tenace et pernicieux en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risque des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations. »

La recherche interventionnelle cherche donc à atteindre l'objectif qui consiste à fournir des preuves scientifiques réellement utiles à la décision et à l'action en promotion de la santé.

C'est une méthodologie de recherche qui répond à plusieurs enjeux<sup>9</sup> :

- Pour les chercheurs : initier, concevoir et mettre en œuvre des projets renforçant leur utilité sociale et politique.
- Pour les acteurs : contribuer à la production de résultats de recherche utiles à leurs pratiques en lien avec leurs partenaires et les populations avec lesquelles ils travaillent.
- Pour les décideurs : fonder leurs décisions sur des preuves afin de mettre en œuvre des politiques valides et cohérentes, notamment avec les objectifs qu'ils poursuivent.
- Pour les financeurs : soutenir des actions et des programmes de promotion de la santé efficaces et utiles à la population.

Dans un contexte où l'on nous dit que l'enveloppe budgétaire disponible pour la santé publique et pour la promotion de la santé se réduit et que les contraintes s'accroissent, l'utilisation utile, efficace, valide et cohérente des fonds à disposition s'avère un enjeu tout à fait essentiel.

Pour définir plus avant la recherche interventionnelle, je vais m'appuyer sur quelques diapositives de Louise Potvin, titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les « Approches communautaires et les inégalités de santé », rattachée à l'Institut de recherche en santé publique du Canada, Université de Montréal. Pour nous, elle a été une source d'inspiration très importante autour de cette notion de recherche interventionnelle, qu'elle appelle « science des solutions » [Fig. 3].

Dans sa présentation, les domaines de la recherche en santé publique s'organisent autour de deux grands axes : un axe horizontal, qui présente le niveau de l'analyse réalisée dans le cadre de cette recherche et qui va (tout à gauche) des gènes, des organes et des individus jusqu'à (tout à droite) la population et l'écosystème dans lequel elle vit. Le deuxième axe, vertical, précise les objectifs de la recherche. Il va de la documentation du problème et de la découverte des causes des problèmes de santé, c'est-à-dire la recherche étiologique (tout en bas), jusqu'à l'expérimentation de

8. L. Potvin, E. Di Ruggiero, J. A. Shoveller. (2013), *Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations*, La Santé en Action, p. 13.

9. A. Lacouture et al. (2014), *Transfert et partage de connaissances entre chercheurs et acteurs politiques : enjeux et stratégies lors de l'élaboration de politiques favorables à la santé*, Projet RICAP.

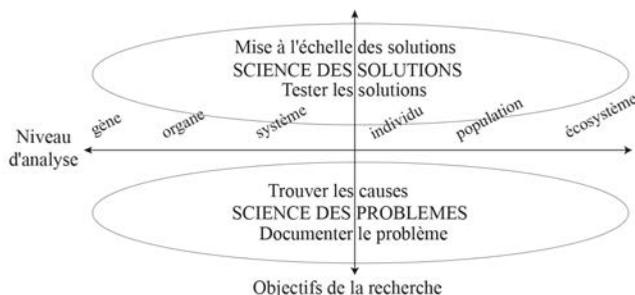


FIGURE 3 – Les domaines de la recherche en santé.

solutions pour résoudre les problèmes de santé et la mise à l'échelle des solutions en situation réelle, notamment dans les territoires locaux.

Louise Potvin analyse ce schéma qui structure la recherche en santé en séparant d'une part ce qui relève de la documentation sur les problèmes de santé de la recherche sur les causes et les troubles de santé – qu'elle inscrit dans ce qu'elle appelle la science des problèmes – et d'autre part ce qui relève plutôt de la recherche de solutions et de l'expérimentation de solutions pour résoudre ces problèmes – qu'elle inscrit dans ce qu'elle appelle la science des solutions.

Pour préciser sa pensée, elle ajoute que la recherche interventionnelle se situe bien entendu dans le cadran supérieur dit de la « science des solutions », et précise qu'elle se situe dans la partie droite en s'intéressant particulièrement à des approches populationnelles ou à des études qui portent sur les écosystèmes.

Comme je le soulignais en préambule, la recherche interventionnelle a émergé pour répondre aux besoins de données probantes utiles à la décision et à l'action. Cela suppose, par rapport au schéma que je viens de vous présenter, de déplacer le « point focal » des efforts de recherche du pourquoi (ce qui cause les maladies) vers le quoi et le comment (ce que nous devons faire et comment nous devons le faire), questions qui relèvent de la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. Cela suppose de développer un corpus de connaissances fondées scientifiquement sur le fonctionnement de ces actions, leur efficacité, leur efficience, leur devenir (comment elles se déroulent dans la durée), et la transférabilité des interventions de promotion de la santé des populations sur d'autres territoires, d'autres populations. Ce sont ces questions qui sont au cœur des démarches de recherche interventionnelle.

La définition de la recherche interventionnelle en promotion de la santé que je vous propose est donc celle donnée par Penelope Hawe et Louise Potvin dans la *Revue canadienne de santé publique* en 2009<sup>10</sup>. La recherche interventionnelle est « l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, les programmes ou les politiques dans le secteur de la santé ou dans un autre secteur » et dont les objectifs sont :

10. Hawe P., Potvin L. (2009), « What is population health intervention research? », *Revue canadienne de santé publique*, 100 (1) : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1748/1933> (27/11/2015).

- Premièrement, « d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population ».
- Deuxièmement, « d'agir sur la répartition des facteurs de risque et de protection dans cette population et de réduire les inégalités de santé dues à des inégalités sociales au sein de cette population ».

Ce sont deux éléments essentiels à la définition de la recherche interventionnelle, qui précisent les interventions concernées par ces protocoles de recherche. Ces interventions doivent s'appuyer sur le consensus scientifique actuel<sup>11</sup>, caractérisant les interventions en promotion de la santé comme des systèmes d'action complexes et multi-niveaux, impliquant une diversité d'acteurs coordonnant leurs actions en fonction des conditions et du milieu dans lequel elles sont mises en œuvre, favorisant la participation et le développement du pouvoir d'agir des populations et promouvant l'équité en matière de santé. Ce type d'interventions peut ainsi prendre la forme de stratégies, de politiques publiques ou de programmes. *A priori*, cela exclut les actions ponctuelles car l'envergure de l'intervention est un facteur à prendre en compte. En revanche cela implique des stratégies, des politiques ou des programmes émanant de différents secteurs, la santé évidemment, mais aussi le travail social, l'éducation ou les questions environnementales.

En termes de méthodologie de recherche, cette définition de la recherche interventionnelle s'inspire de la recherche-action et de l'évaluation participative. Ce sont des champs connexes. Cependant, la recherche-action et l'évaluation participative sont sans doute davantage centrées sur les effets d'une action en termes de résolution d'un problème de santé constaté, alors que la recherche interventionnelle va s'attacher à produire des connaissances à portée plus générale, des données transférables.

Le volet recherche peut dans les faits mobiliser un large éventail de méthodes de recherche, quantitatives ou qualitatives, issues de différentes disciplines, car la recherche interventionnelle se fonde sur une description approfondie du contexte et de la population concernée par la stratégie ou le programme interventionnel. Il s'agit d'identifier les effets positifs ou négatifs des interventions, qu'ils soient attendus ou non, attribuables ou non à l'intervention. La recherche va s'attacher à définir ce que produit l'intervention avec un public donné dans un territoire donné et s'appuie sur un véritable partenariat, une co-construction, entre chercheurs, décideurs et praticiens. Il est important de souligner que ce volet recherche va s'appliquer à des interventions conçues par des spécialistes de la promotion de la santé et que ce sont eux qui interviennent auprès des populations, pas les chercheurs.

Qu'apportent précisément les spécialistes de la promotion de la santé dans les protocoles de recherche interventionnelle ? Leurs connaissances des concepts et principes d'intervention en promotion de la santé, leurs connaissances des milieux de vie, des ressources, des contraintes ou des besoins des acteurs, des décideurs et de la population, leur aptitude à la coordination de projets. Leur expérience en termes de coproduction

---

11. E. J. Trickett *et al.* (2011), « Advancing the science of community-level interventions », *American Journal of Public Health*, 101(8) : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2010.300113> (27/11/2015).

de compétences, enfin leur adaptabilité qui est fortement mise à contribution dans les projets de recherche interventionnelle.

Cependant l'articulation entre la recherche et l'intervention dans les projets ne va pas toujours de soi. C'est un travail en profondeur qu'il faut mener entre intervention et recherche. Comme l'évoquait Anne-Marie Schott dans sa présentation, la recherche a une exigence de rigueur, mais l'intervention en promotion de la santé n'en a pas moins ; la rigueur méthodologique des deux volets doit être comprise et respectée de part et d'autre. Il faut alors porter une attention très forte à la combinaison des contraintes et des temporalités de la recherche et de l'intervention qui sont rarement les mêmes. Il faut ainsi articuler des objectifs assez différents, car malgré des finalités communes, vous avez malgré tout, dans ces projets, un volet recherche d'un côté et une intervention de l'autre. Nous n'aurons pas le temps d'évoquer en détail les différences de cultures et de contextes professionnels, mais il est clair qu'ils complexifient la démarche tout en l'enrichissant énormément.

Je terminerai sur les conditions de développement de la recherche interventionnelle aujourd'hui. D'abord, pour les raisons que je viens d'évoquer, elles passent par la nécessité de créer des espaces d'échanges entre chercheurs, acteurs et décideurs. Les Pôles régionaux de compétences peuvent être des dispositifs tout à fait appropriés pour créer ces échanges. Ils vont favoriser l'interconnaissance entre ces milieux très différents et permettre d'établir une vision partagée des finalités et des modalités de la recherche interventionnelle. C'est très important pour pouvoir construire ensemble des projets.

Les conditions de développement relèvent aussi d'une définition des modalités de collaboration favorables. Au moment où s'élabore le projet, il s'agit de clarifier les intérêts et les enjeux, les rôles, les places et les responsabilités de chacun. L'établissement de relations d'équivalence, de partage des savoirs et des savoir-faire, est également indispensable. Certaines situations peuvent amener les équipes de recherche à avoir un positionnement surplombant les interventions des acteurs. Cela ne peut pas fonctionner, dans un projet de recherche interventionnelle, sans la mise en place de temps et d'espaces d'appropriation, de questionnement, voire de confrontation, ni une définition claire des relations. Cela suppose également d'élucider en amont les questions financières parce que les équipes de recherches et les équipes associatives des spécialistes de promotion de la santé n'ont pas du tout les mêmes modalités de financement.

En lien avec ce dernier point, il est également nécessaire que soient mises en place des politiques budgétaires incitatives à ces collaborations, permettant d'harmoniser le budget et les priorités en matière d'intervention avec le budget et les priorités en matière de recherche. Aujourd'hui, dans les projets de recherche interventionnelle qui existent, il y a un déséquilibre énorme entre le budget consacré à la recherche et celui consacré à l'intervention, dans le sens que vous imaginez. Il sera très important à un moment donné d'arriver à plus d'équilibre. En termes de paysage de la recherche, il y a aussi nécessité à rééquilibrer les ressources dédiées à l'épidémiologie et à la recherche biomédicale et celles qui sont allouées à la recherche sur les politiques et programmes de santé publique mis en œuvre aux différentes échelles.

Il est important de soutenir le développement d'interventions de promotion de la santé suffisamment élaborées, innovantes et pourvues en ressources, pour présenter un véritable intérêt en matière de recherche. Il y a aussi la nécessité de prévoir de financer la participation des acteurs locaux, c'est-à-dire les acteurs qui mettent en œuvre les interventions dans les territoires et pour lesquels aujourd'hui, dans les projets et programmes de recherche interventionnelle, n'est prévu aucun financement. Enfin, il est important de valoriser ce type de recherches auprès de la communauté scientifique pour faire en sorte qu'elle contribue à la carrière des chercheurs et à leur reconnaissance académique, notamment par un accroissement des possibilités de publications dans des revues à comité de lecture.

Des initiatives très ambitieuses, actuellement en réflexion en France, visent à créer de meilleures conditions pour le développement de la recherche interventionnelle. Linda Cambon vous en parlera plus en détail cet après-midi. Je vous remercie de votre attention.

### **Echanges avec la salle :**

*Participant* : Je suis universitaire en sciences de gestion. J'accompagne les projets en santé. J'ai une question préalable à la question traitée aujourd'hui : qu'est-ce que la santé ? Méthodologiquement, j'ai le sentiment que nous sommes parfois dans une confusion si nous ne répondons pas à la question : la santé est-elle un moyen ou un but ?

*Jean-Pierre Deschamps* : Évidemment, cette question va beaucoup plus loin que but ou moyen. Mais je ne sais pas s'il faut beaucoup débattre sur cette question. Que la santé soit un but : oui bien entendu. Quand l'OMS, en 1946, définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, c'est forcément un objectif. Que la santé soit aussi un moyen, c'est le cas dans l'accès à un bien-être total. C'est aussi le moyen, comme je l'ai montré à propos de la conférence d'Alma-Ata, d'obtenir un consensus social parmi des personnes qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble ou qui ont des idéologies différentes. Finalement, la santé est devenue un concept extrêmement large. Il faut effectivement aujourd'hui refuser totalement de parler de santé lorsqu'il s'agit de médecine. C'est autre chose. La santé est beaucoup plus que cela. On ne se comprendrait pas si on continuait dans ce modèle biomédical, qui a eu son temps et qui a été à un moment donné un référentiel utile mais qui est aujourd'hui largement dépassé, dans la mesure où on sait que les éléments sociaux et les atteintes à la dignité des personnes sont beaucoup plus importants dans l'état de santé que les déterminants biologiques.

*Nicolas Lechopier* : Une question par rapport à la dernière présentation. Je vous remercie pour cette clarification sur la recherche interventionnelle. Je m'interroge sur la notion de science des problèmes et science des solutions. Par exemple, un essai clinique en médecine au cœur du modèle biomédical n'essaie pas, généralement, de connaître les causes pour lesquelles quelque chose marche mais si cela a marché. On n'est pas dans le pourquoi mais dans le « qu'est-ce qui marche ? ». Le problème d'un essai clinique est qu'il fonctionne dans le contexte de l'essai clinique mais après on ignore s'il va fonctionner définitivement dans la situation réelle à laquelle il sera

appliqué. J'ai l'impression que le modèle de la recherche clinique est déjà un modèle de science des solutions. Quand on sépare problèmes et solutions de cette façon-là, ne risque-t-on pas de rester aveugles aux problèmes posés par les solutions trouvées ? J'ai cru comprendre que beaucoup de campagnes de santé publique renforcent, au lieu de réduire, les inégalités de santé. Par exemple, les campagnes de dépistage contribuent à renforcer les inégalités de santé. Ce sont des solutions qui soulèvent des problèmes. Si on sépare la science des problèmes et la science des solutions, ne va-t-on pas rester aveugle aux problèmes soulevés par les solutions que l'on pense pourtant bonnes ?

*Christine Ferron* : Pour répondre à votre deuxième question, je crois que de toute façon il ne faut pas arrêter, parce que se développe le champ de la recherche interventionnelle, de faire des évaluations rigoureuses des campagnes de dépistage ou des campagnes médiatiques, dont on sait qu'elles ont plutôt tendance à accroître les inégalités sociales qu'à les réduire. Ce n'est pas le champ d'intervention d'une recherche interventionnelle en promotion de la santé. Il faut continuer à le faire mais c'est autre chose. Cela ne relève pas que cette question-là. Quand on parle de science des solutions, on parle bien des solutions sous la forme d'interventions, telles que je vous les ai décrites. Ce n'est pas la solution en termes de campagnes médiatiques. Les interventions sur lesquelles porte la recherche interventionnelle en promotion de la santé ne sont pas celles-là. C'est ce sur quoi j'ai voulu insister.

Par rapport au modèle de la recherche clinique, le problème est qu'il ne s'applique pas à la promotion de la santé. C'est un modèle qui a sa pertinence dans le cadre de l'évaluation d'un essai pour un médicament, par exemple. Une population reçoit un traitement, une autre ne le reçoit pas. On effectue des mesures avant et après. C'est le *gold standard* de la recherche clinique et de l'évaluation pharmaceutique ou médicale. Ce n'est pas pertinent en promotion de la santé. Là encore, il faut continuer à le faire mais même si cela s'intéresse à une forme de solution, ce n'est pas du tout un protocole de recherche interventionnelle en promotion de la santé.

*Participant* : Bonjour, je suis maître de conférences en éducation sur la santé à l'Université Lyon-2. Je vais rebondir en posant deux questions. Pour moi, un enjeu essentiel dans la relation recherche/terrain est celui de la reconnaissance d'aptitude et de compétences chez les chercheurs vis-à-vis des professionnels et une reconnaissance des professionnels de terrain vis-à-vis des compétences des chercheurs. Je me demande comment on pourrait faire en sorte d'avoir cette reconnaissance réciproque des métiers mais aussi la reconnaissance réciproque des enjeux. Les terrains ne sont pas forcément toujours les mêmes. Les chercheurs ont parfois tendance à considérer les professionnels comme des terrains, qui pourraient tester un certain nombre de modèles, de conceptions ou d'hypothèses. Les professionnels ont parfois une vision utilitariste des chercheurs ou des ressources méthodologiques dont on pourrait avoir besoin de temps à autre pour résoudre un problème précis. Comment pourrait-on essayer de penser des collaborations sur une temporalité qui justement pourrait permettre à chacun des acteurs de s'imprégner des enjeux et des compétences de l'autre, en tout cas au moins d'en tenir compte ? Un dernier point sur la temporalité, qui pour moi est un gros problème. Les professionnels de terrain ont une pression du temps très forte. On leur demande de résoudre ou de produire des programmes très courts alors que les

chercheurs sont habitués à avoir plus de temps pour formuler leurs questions, rechercher des données probantes, par exemple, et réfléchir au protocole d'évaluation ou de production de données probantes, ce que les terrains n'ont pas toujours le temps de faire. Ne pourrions-nous pas essayer de concilier ces deux temporalités, qui souvent ne sont pas du tout similaires ?

*Christine Ferron* : Merci beaucoup pour ces questions. Sur le deuxième point, contrairement à ce que vous affirmez, je crois que la temporalité des acteurs de promotion de la santé et la temporalité des chercheurs sont souvent très proches. Nous ne demandons qu'une chose : pouvoir mettre en place des programmes qui s'inscrivent dans la durée et qui soient éventuellement pérennes. On sait très bien que pour atteindre des objectifs de promotion de la santé, comme pour atteindre des résultats de recherche pertinents, il faut énormément de temps. Le travail à l'échelle populationnelle ou territoriale prend énormément de temps. On se rejoint sur ce point. Le problème est plutôt, comme vous le disiez, qu'« on leur demande de... ». À mon avis, la question est plutôt là. C'est pourquoi à aucun moment de la présentation je n'ai exclu les décideurs de la réflexion. Il faut absolument qu'ils entendent ce que les acteurs et les chercheurs ont à leur dire par rapport au développement de la recherche interventionnelle et plus largement par rapport au développement de la promotion de la santé. Cela nécessite du temps. On a besoin de cette temporalité longue, et nous pouvons nous retrouver facilement là-dessus pour peu que les financements suivent. Par exemple, les appels à projets de recherche interventionnelle en prévention ou promotion de la santé de l'Institut national du cancer soutiennent des projets qui peuvent durer jusqu'à 36 mois. Ce n'est pas l'idéal – au bout de trois ans, on n'a pas forcément fait tout ce que l'on voulait faire – mais cela donne déjà une marge plus importante que les conventions annuelles que l'on peut connaître dans d'autres dispositifs. Pour ce qui est de l'interconnaissance ou d'une meilleure reconnaissance mutuelle et compréhension des enjeux, il n'existe pas qu'une seule façon de faire. Je peux témoigner de ce que nous avons fait en Bretagne où nous avons mis en place des ateliers d'échanges de pratiques entre chercheurs et acteurs de la promotion de la santé, en l'occurrence les acteurs du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé. Nous avons organisé des temps de rencontre. Nous avons réussi à rejoindre une douzaine de chercheurs de la région. Évidemment, la proximité de l'École des hautes études en santé publique est facilitante pour nous. Je pense qu'à Lyon, vous n'êtes pas trop mal lotis non plus et que vous pourriez réussir à constituer des groupes d'échanges tout à fait fructueux avec des chercheurs et des acteurs intéressés. Dans ces ateliers, nous sommes partis de la base de la reconnaissance mutuelle. Nous avons animé le premier atelier sur les représentations que nous avons les uns des autres, c'est-à-dire quelle est la représentation que les chercheurs ont des acteurs de la promotion de la santé et quelle est la représentation que les acteurs de la promotion de la santé ont des chercheurs, de la recherche, de leurs conditions de travail, de leurs contraintes, etc. C'était tout à fait passionnant. Nous nous sommes aperçus que nous partions de très loin. Un chercheur nous a dit que pour lui les acteurs de la promotion de la santé étaient des distributeurs de petits cadeaux (des brosses à dents et des préservatifs). C'est ainsi qu'il voyait notre métier. C'est la réalité de sa représentation. De notre côté, nous avons aussi une représentation des chercheurs. Par exemple, nous avons

une conception de la recherche comme étant un métier très solitaire (le chercheur dans sa tour d'ivoire...). Ils nous ont dit que c'était de moins en moins vrai, que c'était de plus en plus un travail d'équipe, avec des partenaires extérieurs, etc. Cela nous a permis de retravailler toutes ces représentations. Ensuite, nous avons abordé un certain nombre de sujets d'intérêt partagé, par exemple la notion d'« utilité sociale ». Qu'est-ce que l'utilité sociale de la promotion de la santé ? Qu'est-ce que l'utilité sociale de la recherche ? Où peut-on se rejoindre ? Est-on différent sur ce plan ? Nous avons également fait venir des personnes qui sont venues nous présenter des projets de recherche interventionnelle. Nous avons commencé à élaborer ensemble des projets. Des petits groupes se sont constitués à partir de cette interconnaissance pour élaborer ensemble des projets dont on espère qu'ils verront le jour. En tout cas, cela a vraiment déclenché une dynamique. Là encore, cela ne s'est pas fait en un jour. Cela a pris deux ans mais le résultat est là. Aujourd'hui, nous avons des chercheurs qui veulent travailler avec nous. Ils viennent de toutes sortes de disciplines. Nous sommes en train de construire avec eux une base de données où les chercheurs intéressés et les acteurs intéressés font part de leurs travaux, de leur thématique de recherche ou de leur thématique d'intervention. Cela leur permet de se retrouver plus facilement quand ils ont envie de monter ensemble un projet sur une thématique donnée.



Retours d'expériences  
de projets de recherche interventionnelle.  
Des exemples de co-élaboration

# 1 Agir sur les déterminants sociaux par une mobilisation des acteurs : un exemple de recherche interventionnelle en Pays de Redon-Bretagne Sud

Marion Porcherie

Ingénieure de recherche, coordinatrice scientifique de la chaire INPES « Promotion de la santé »,  
EHESP<sup>1</sup>, SHSC<sup>2</sup> et CRAPE<sup>3</sup> (UMR<sup>4</sup> CNRS<sup>5</sup> 6051)

Christine Ferron

Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bretagne

*Marion Porcherie* : Je vais vous présenter le projet de recherche interventionnelle en Pays de Redon mené par l'équipe de la chaire INPES « Promotion de la santé », en partenariat avec la Mutuelle des Pays de Vilaine et l'IREPS Bretagne. L'objectif de cette recherche interventionnelle est de favoriser la réorientation du système local de promotion de la santé du Pays de Redon-Bretagne Sud, pour renforcer sa capacité à agir sur les déterminants sociaux de santé et pour réduire les inégalités sociales de santé face au cancer. Nous bénéficions d'un financement de l'Institut national du cancer (Inca) depuis 2012 pour ce projet. Cette recherche interventionnelle doit nous permettre de comprendre les conditions et facteurs facilitants qui influencent la réorientation de ce système au niveau local et d'améliorer la compréhension des stratégies populationnelles, visant l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la réduction des inégalités sociales.

Nous sommes en plein dans les objectifs de la recherche interventionnelle tels que présentés par Christine Ferron. Pour vous expliquer la façon dont le projet a été construit, je vais évoquer l'origine de cette démarche et vous donner quelques éléments de contexte. Comme cela a déjà été évoqué, c'est un processus long à mettre en œuvre qui nécessite du temps, tant dans sa construction que son développement.

L'origine du projet remonte à 2010 avec un premier rapprochement entre la Mutuelle et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à l'occasion de la leçon inaugurale de la chaire. Nous avons ensuite eu des rencontres répétées durant toute l'année 2011 avec la Mutuelle, dont la demande initiale était de construire une maison de santé globale et durable afin de promouvoir l'information et l'éducation pour la santé sur son territoire. De notre côté, nous avons plutôt des questionnements sur ce qu'était un programme en santé des populations tels que : comment intervenir ? À quelle échelle ? Nous avons également la volonté de nous inscrire dans le cadre du modèle socio-écologique du rapport Marmot sur les inégalités sociales de santé<sup>6</sup>. Nous voulions surtout promouvoir une certaine approche de la promotion de la santé et avons donné ces arguments pour convaincre la Mutuelle de réorienter son projet.

---

1. École de hautes études en santé publique.

2. Département des sciences humaines, sociales et des comportements de santé de l'EHESP.

3. Centre de recherches sur l'action politique en Europe.

4. Unité mixte de recherche.

5. Centre national de la recherche scientifique.

6. Marmot, M. (2010). *Comblant le fossé en une génération*. En ligne : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02\\_M\\_Marmot\\_Closing\\_the\\_gap.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/02_M_Marmot_Closing_the_gap.pdf) (12/01/2015).

Nous avons reçu une écoute favorable sur le terrain. Au cours de cette année 2011, nous avons également accueilli un stagiaire qui a favorisé ces échanges.

Au final, les conditions de réussite de la construction de ce projet ont été une concordance d'opportunités, entre d'une part les interrogations de l'équipe de recherche sur la programmation en promotion de la santé et, d'autre part, la présence d'un interlocuteur de terrain réceptif, qui comprenait ce qu'était la promotion de la santé. Enfin, dernier élément qui a son importance, la période concordait avec l'ouverture d'un appel à projet de recherche et donc la possibilité financière de monter un projet de ce type.

*Christine Ferron* : L'équipe de recherche s'est tournée vers les ressources locales en promotion de la santé, notamment l'équipe de l'IREPS Bretagne et l'animatrice territoriale de santé (ATS) du Pays de Redon. Il se trouve que du côté de l'IREPS, cela relevait d'une volonté de longue date de développer les échanges entre chercheurs et praticiens de la promotion de la santé. Du fait des ateliers d'échanges de pratiques portés par le Pôle régional de compétences déjà en place, le terreau était favorable pour concrétiser ces réflexions. Je rappelle simplement que les IREPS ont, dans leurs missions de base et leurs statuts, cette dimension du transfert des connaissances de la recherche vers l'action et la décision en santé publique. Nous étions déjà engagés dans la mutualisation de l'expertise des deux catégories d'acteurs.

L'intégration de l'Animatrice territoriale de santé et de l'IREPS aux discussions qui commençaient à être menées par l'EHESP et la Mutuelle des Pays de Vilaine a entraîné de nouveaux débats et de nouvelles discussions. Il a fallu se réunir autour d'un objectif commun qui respectait les identités professionnelles, les attentes et les besoins de chacun. Au final, le partenariat a été formalisé au sein d'une convention réunissant l'équipe de la Chaire, l'EHESP, la Mutuelle des Pays de Vilaine et l'IREPS. Le projet a ensuite été co-construit autour de cette question générale : comment amener les différents acteurs d'un territoire – ce que Marion Porcherie appelle le système local de promotion de la santé – à être en capacité d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer les conditions de vie de l'ensemble de la population ?

*Marion Porcherie* : Petit à petit, nous avons affiné ce projet de recherche interventionnelle en utilisant le cadre conceptuel visant l'amélioration des conditions de vie, présent dans le rapport Marmot, pour lutter contre les inégalités sociales de santé. On s'est également placés dans le cadre général donné par la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux (*ibid.*), à savoir celui de l'action sur les déterminants structureaux et intermédiaires, plutôt que sur les déterminants individuels, pour agir sur les inégalités sociales de santé. Nous nous sommes également placés dans une approche socio-écologique, en référence au cadre de Richard *et al.*<sup>7</sup> Notre première revue de littérature nous a également montré l'importance d'organiser le transfert de connaissances afin d'accroître la capacité des acteurs à agir sur les déterminants sociaux et les inégalités sociales de santé.

---

7. Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H. & [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Green%20LW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=10159711](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Green%20LW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10159711). (1996). « Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs ». *American Journal of Health Promotion*, 10 (4), 318-328 ; Richard, L., Gauvin, L., Raine, K. (2011). « Ecological models revisited : their uses and evolution in health promotion over two decades ». *Annu Rev Public Health*, 32,307-326.

Dans ce projet en Pays de Redon, nous avons ciblé la population d'un petit territoire de Bretagne, à cheval sur trois départements, à travers un système d'acteurs regroupés au sein d'un comité local qui englobe, sur la base du volontariat, différents acteurs : des organisations locales, des élus, des professionnels du milieu médico-social, des professionnels du soin, des personnels de l'Éducation nationale.

Différentes hypothèses ont guidé l'élaboration du projet :

- L'acquisition d'une plus grande connaissance des causes sociales des inégalités de santé par les acteurs accroît leur capacité d'action sur les déterminants sociaux.
- La mise en réseau de différents acteurs clés du territoire, portée par un *leadership* local identifié (la Mutuelle des Pays de Vilaine), la stimulation des partenariats ont pour effet d'élargir le champ d'action sur les déterminants sociaux sur ce territoire.
- Le changement de représentations des acteurs eux-mêmes, de leurs responsabilités et leur légitimité perçue à agir sur les déterminants sociaux de santé, induit une plus grande prise en compte des inégalités sociales au sein des décisions locales sur le territoire.

Différentes instances ont mis en œuvre ce programme :

- Tout d'abord, le comité de pilotage en charge de la mobilisation des acteurs, de l'orientation donnée à l'acculturation des différents acteurs, qui met à disposition des outils d'aide à la décision sur les déterminants sociaux et qui guide également le déploiement de l'intervention. Ce comité de pilotage réunit des personnes de l'EHESP, de la Mutuelle, de l'IREPS, mais également l'Animatrice territoriale de santé. Ce dispositif développé en Bretagne, lui confère la coordination de toutes les actions de promotion de la santé sur le territoire. L'ARS Bretagne a également intégré le projet.
- Ensuite a été créé un comité technique qui fait le lien entre le terrain et l'instance de pilotage, entre le comité de pilotage et le comité local d'acteurs stratégiques positionnés sur le territoire.
- Enfin le comité local a été chargé de diagnostiquer les besoins de la population sur le territoire du Pays de Redon et d'élaborer des stratégies que l'on veut intersectorielles, pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Si l'on interroge les différentes expertises mobilisées, qu'apportent les trois partenaires principaux de ce projet ?

Du côté de l'EHESP, l'expertise se situe au niveau de l'évaluation du programme. Nous avons tout d'abord regardé si la théorie du programme déployé est bien conforme au projet<sup>8</sup>. Pour ce faire, une approche réaliste doit permettre de définir ce que l'on fait, dans quelles circonstances cela fonctionne, auprès de qui et de quelle manière on peut ensuite le transposer. Ensuite, nous avons développé toute une série de chantiers de recherche afin de répondre aux différentes hypothèses, en nous appuyant tout

8. Breton, E., Dupin, C., You, C., Azzedine, F., Porcherie, M., Sherlaw, W., Pommier, J. (2014). « Évaluer et tirer des enseignements du programme "Ensemble, la santé pour tous en Pays de Redon - Bretagne Sud" ». Poster présenté dans le cadre du colloque « Recherche interventionnelle contre le cancer : réunir chercheurs, décideurs et acteurs de terrain », Paris, 19-20 novembre.

d'abord sur une première analyse descriptive du comité local, puis sur trois chantiers de recherche :

- Le premier a porté sur une analyse de la capacité d'action du comité local à agir sur les déterminants sociaux. [Hypothèse 1 : l'acquisition d'une plus grande connaissance des causes sociales des inégalités de santé par les acteurs accroît leur capacité d'action sur les déterminants améliorant les conditions de vie au niveau local.]
- Une autre analyse a porté sur la perception de la santé et du rôle des acteurs qui ont intégré ce comité local. [Hypothèse 2 : la mise en réseau de différents acteurs clés du territoire, portée par un leadership local identifié, et la stimulation de partenariats ont pour effet d'élargir le champ d'action sur les déterminants sociaux.]
- Enfin il y a eu une analyse de réseau cherchant à déterminer la capacité d'action de ce comité local. Le fait de les avoir réunis, d'avoir créé le comité local et d'avoir suscité cette mise en réseau a-t-il permis d'accroître le nombre d'actions sur les déterminants sociaux au sein du territoire? [Hypothèse 3 : le changement de représentations des acteurs eux-mêmes, de leurs responsabilités et leur légitimité perçue à agir sur les déterminants sociaux de santé induit une plus grande prise en compte des inégalités sociales de santé dans les décisions locales.]

*Christine Ferron* : Du côté de l'IREPS, c'est l'accompagnement méthodologique qui a été mis en avant. L'idée première était d'outiller les opérateurs du territoire pour qu'ils puissent s'investir dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé. On a commencé par faire une recension des outils de recueil des déterminants de la santé et de la qualité de vie sur un territoire. Puis nous avons aidé les acteurs à identifier les déterminants de la santé sur ce territoire, donnant lieu à un « panorama des déterminants », vu par les professionnels. Enfin, nous avons accompagné les professionnels pour qu'ils recueillent auprès des populations avec lesquelles ils travaillent leurs représentations de ces déterminants, ce que nous avons traduit dans un « portrait populationnel ». Nous avons soutenu globalement l'organisation et la mise en œuvre du projet sur le terrain, aidé à l'identification et à la création d'outils d'animation, ainsi que différents outils de recueil de données. Nous avons également mis en place des actions de formation et d'accompagnement des élus, des décideurs et des opérateurs dans cette dynamique d'acculturation. Nous avons contribué à l'animation des temps de concertation, d'échange et de mobilisation.

L'expertise des acteurs et le vécu de la population ont été également mobilisés dans la réalisation du « panorama des déterminants de la santé en Pays de Redon », interrogeant leurs connaissances du territoire et leur réseau interpersonnel et sur lequel nous nous sommes appuyés pour déployer l'intervention. Sans entrer dans les détails, je vous donne l'exemple d'une cartographie des déterminants, restitution du travail mené, d'une part auprès des acteurs et d'autre part auprès de la population. Nous avons imaginé une présentation de ces déterminants de santé sous la forme imagée d'une fleur où chaque pétale représente une catégorie de déterminants sur le pays.

Quelles évolutions pour ce programme ?

*Marion Porcherie* : Le protocole de ce type de recherche n'est pas figé mais prend en compte la réalité et le contexte. Ce programme est complexe et nécessite des modes d'évaluation innovants. C'est ce que nous essayons de mettre en œuvre. Il existe cependant un décalage temporel entre le temps de production de la recherche et celui de la mise en œuvre de l'intervention, ce qui en fait un programme en transformation.

*Christine Ferron* : Le principe même du programme est de développer le pouvoir d'agir (*empowerment*) des acteurs dans le territoire. Cela suppose d'interroger le transfert de la coordination de toutes les actions du comité de pilotage vers le comité local. À un moment donné, il faut que le comité de pilotage, composé de représentants de l'EHESP, de l'IREPS, de la Mutuelle, se retire du programme et que les acteurs eux-mêmes, dans une troisième ou quatrième phase du projet, se réapproprient les décisions stratégiques en faveur de la santé dans le territoire, avec toutes les réflexions que cela suppose autour des questions de gouvernance. Pour ce faire, nous avons animé un travail de groupe avec le comité local où chacun a été amené à s'exprimer sur le modèle de gouvernance à mettre en place à l'issue du programme pour que celui-ci ne s'interrompe pas, dès lors que les financements de l'Inca et de la recherche s'arrêteront. L'idée est bien que le territoire reprenne en main le projet et continue à travailler sur les déterminants de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé quand les grands opérateurs et l'équipe de recherche seront partis.

Deux modèles se sont particulièrement détachés : l'un centré sur un pôle d'animation autour duquel gravitent les différents acteurs du territoire, l'autre autour d'une assemblée locale de santé, qui serait composée de facilitateurs et de porteurs de la démarche en charge de continuer l'acculturation du territoire et la mise en œuvre de la stratégie décidée dans le cadre de la recherche interventionnelle.

*Marion Porcherie* : Selon les premiers résultats de la recherche apportés par les *focus groups* menés sur le territoire, les Redonnais constatent qu'il y existe maintenant un réseau d'une cinquantaine de professionnels. La participation est un peu difficile à maintenir et l'implication compliquée pour les élus. La formation du comité local a permis une bonne interconnaissance et ses participants commencent à s'approprier et avoir une vision commune de la santé qui favorise notamment les partenariats. Ils perçoivent également des changements dans leur pratique et disent considérer les individus différemment. Ils essaient d'avoir une approche globale positive et plus uniquement comportementale.

Concernant les impacts attendus sur les politiques locales du territoire, il semble que chacun ait pris conscience de l'interdépendance de ces politiques au niveau du territoire. Le programme a déjà impacté la charte des territoires du Pays de Redon qui inclut maintenant des principes de promotion de la santé et conditionne le financement de tous les projets à venir dans le territoire. Cela a aussi impacté le Contrat local de santé où la Mutuelle des Pays de Vilaine et l'EHESP, en la personne d'Éric Breton, ont été intégrés. Certaines des actions élaborées par le comité local du programme ont également été reprises dans le Contrat local de santé.

Quant à l'avenir du projet, nous essayons maintenant de passer la main totalement au territoire. Le maintien de la dynamique territoriale nous interroge : quelle forme

cette dynamique doit-elle prendre? Celle d'un collectif citoyen participatif, comme le suggèrent les habitants du territoire eux-mêmes, ou celle d'une instance politique ayant capacité de saisine des élus? Chacun est maintenant porteur des principes de la promotion de la santé et peut essayer d'influer sur son institution, sous forme de plaidoyers individuels pour le maintien de l'activité. Nous nous interrogeons également sur la constitution de ce réseau en étoile ou constellation, sur la place et l'implication de chacun avec en fond la problématique de l'animation et du portage politique du réseau. Les interrogations sont encore nombreuses.

Cependant, concernant l'avenir du projet, nous soutenons la transférabilité de l'intervention et rédigeons des fiches méthodologiques précisant les modalités de mise en œuvre des différentes étapes-clés de l'intervention afin de les diffuser à d'autres territoires, en nous appuyant sur le réseau de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), des IREPS, ainsi que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Nous tenons enfin à remercier l'ensemble des personnes impliquées au niveau de l'EHESP, de l'IREPS et de la Mutuelle, dans ce programme financé par l'Institut national du cancer depuis 2012.

### **Échanges avec la salle :**

*Participant* : Merci de nous avoir présenté simplement ce projet d'une grande complexité. Ma question concerne l'avenir. Comme vous l'avez très bien souligné, la temporalité des programmes et la question de la suite des programmes sont essentielles. Comment peut-on faire lorsque les financements s'interrompent? Car cela sous-tend la perte d'acteurs impliqués à plein-temps, qui connaissent les tenants et les aboutissants d'un programme ou d'un contexte. Comment peut-on faire en sorte que des acteurs, potentiellement non professionnels ou non directement impliqués dans ces programmes, puissent continuer à s'en saisir pour faire perdurer l'impact de ces programmes? Notamment, au niveau politique, avez-vous pensé à travailler sur les représentations, les idéologies des acteurs, qui permettraient d'intégrer dans leur représentation de la santé ou de leur action politique la prise en compte des inégalités?

*Marion Porcherie* : C'est tout l'enjeu du déploiement du programme. Nous avons fait le choix, dès le départ, de ne pas financer d'organismes sur le territoire, mis à part l'IREPS pour son soutien méthodologique et le déploiement du projet. Aucun financement n'a été donné au Pays de Redon, ni à la Mutuelle. C'est exactement l'effet que l'on voulait éviter, c'est-à-dire que le programme s'arrête à la fin d'un financement. Seule la recherche est financée. Ensuite, l'implication des élus est le cœur de notre programme. Ce qui devrait être étudié maintenant, c'est : a-t-on réussi à changer les représentations? A-t-on réussi à mettre en place toutes les conditions pour que ce programme puisse se déployer? Pour l'instant, le programme fonctionne, mais nous sommes au début de ce passage à une gouvernance au local. Nous n'en savons pas encore plus, mais il existe une vraie volonté locale de faire vivre ce projet et c'est un point positif.

*Christine Ferron* : Dans la même idée, si on arrive à montrer que cette acculturation, notamment des élus et des décideurs – ceux qui ont les clés pour décider quel type de programme de santé publique va être mis en place dans ce territoire – provoque

de vrais changements, *a priori* ce sera transférable n'importe où. C'est au cœur du projet car s'il est envisagé que le programme soit transféré, il le sera sans la recherche, financée ici avec l'évaluation, et qui coûte le plus cher. Cependant, nous aurons réussi à montrer que ce qui a été mis en œuvre en termes d'actions et d'interventions est réalisable ailleurs. Il s'agit de réunir un comité local sur un territoire, de développer cette culture de promotion de la santé à tous les niveaux, d'impliquer un maximum de professionnels et d'institutions dans l'élaboration d'un panorama des déterminants de la santé sur le territoire et de les accompagner dans l'élaboration d'une stratégie. Cela ne nécessite pas la création de postes particuliers ou la mobilisation de nouvelles compétences, dès lors qu'il existe dans la région un acteur spécialiste de la promotion de la santé, comme l'IREPS ou une animation territoriale de santé. Nous sommes en train d'essayer de montrer que cela produit des effets et que c'est transférable avec les ressources en promotion de la santé qui existent dans les régions.

*Participant* : Avez-vous réfléchi à la théorie de l'engagement de l'impact des pratiques ?

*Marion Porcherie* : Nous sommes plutôt sur un collectif. C'est la capacité d'action du système et pas simplement des individus pris séparément qui nous intéresse et c'est l'analyse que l'on mène actuellement.

*Participant* : J'ai deux questions. La première concerne l'animatrice territoriale de santé. De quelle institution émane-t-elle ? Nous n'avons pas ce type de professionnel sur notre territoire. La deuxième question concerne la mobilisation des élus sur ce genre de programme. Comment les amener vers ce projet dans cette approche de santé en territoire ?

*Christine Ferron* : Les animatrices territoriales de santé occupent des postes qui ont été créés il y a quelques années et bénéficient d'un triple soutien financier de l'Agence régionale de santé, du Conseil régional et des élus locaux des territoires ou des conseils de développement. Ce sont des postes à l'échelle d'un territoire créés pour coordonner les actions des acteurs présents à cette échelle, sachant que ce sont des professionnels qui répondent avant tout à des problématiques d'élus. Ce sont les élus qui les sollicitent et qui les mobilisent sur certaines thématiques. C'est aussi une porte d'entrée vis-à-vis des élus. Pour cette large mobilisation sur le territoire, nous avons aussi bénéficié de l'implantation locale de la Mutuelle des Pays de Vilaine, qui était un acteur extrêmement bien implanté et bénéficiant d'une forte notoriété. Elle avait justement des projets de développement de promotion de la santé sur son territoire. Dans les territoires, si on cherche bien, on trouve des acteurs qui connaissent très bien les acteurs locaux et qui sont dynamiques.

*Participant* : Comment s'effectue le choix d'un projet de recherche interventionnelle et sait-on où trouver des résultats de recherche interventionnelle ou de recherche en cours ? Qui décide des sujets de recherche et de porter à la connaissance de tous la transférabilité d'un programme ? S'agit-il de rencontres amicales ou fortuites entre personnes ?

*Marion Porcherie* : Pour le projet du Pays de Redon, c'était une rencontre, ni fortuite, ni amicale mais plutôt une concordance d'intérêts entre des questions portées par la chaire « Promotion de la santé », l'EHESP et des interrogations sur le terrain. Ensuite,

concernant l'endroit qui pourrait regrouper ce genre de projet, Linda Cambon en fera une présentation tout à l'heure. Des initiatives allant vers ce transfert de connaissances commencent à émerger en France car elles répondent à un besoin clairement identifié que vous venez de pointer. De quelle manière peut-on s'informer et informer sur les interventions qui fonctionnent ? Cela a trait à la création de lieux d'échange qui sont nécessaires pour savoir qu'un besoin existe.

## 2 Renforcer les Compétences Psychosociales : un programme de recherche-action en Rhône-Alpes

Carine Simar

Chercheur, Université Claude-Bernard Lyon-1, ESPE de l'Académie de Lyon

Ingrid Bruyère

Chargée de projets, IREPS Rhône-Alpes, représentant Gwenaëlle Blanc,  
chargée de projets, IREPS Rhône-Alpes

*Ingrid Bruyère* : À l'inverse de la présentation précédente, nous ne sommes qu'au début du projet commencé il y a un an et demi et prévu pour durer cinq ans. Ce projet est issu d'une demande de l'Agence régionale de santé faite à l'IREPS Rhône-Alpes dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) 2012-2017, plus précisément dans l'axe 2 « Accès à une offre en santé adaptée et efficiente », orientation 3 « Développer chez l'enfant et l'adolescent les capacités à faire des choix favorables à leur santé et à leur bien-être », action 1 « Développer chez l'enfant avant l'adolescence les compétences personnelles et sociales en favorisant une approche de santé globale ».

Ce projet est le développement régional du projet départemental « Vivre et grandir ensemble » qui était porté depuis 2010 par la délégation Loire de l'IREPS sur le quartier de Côte-Chaude à Saint-Étienne. Un premier conventionnement de trois ans (durée maximale des conventions) a été mis en place avec l'ARS et nous avons réuni un certain nombre de partenaires institutionnels, notamment les Rectorats de Lyon et de Grenoble. Il s'inscrit dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture dans sept domaines, dont les compétences sociales et civiques, l'autonomie et l'initiative. Ce projet s'inscrit aussi dans différents projets académiques, départementaux ou d'établissements et d'écoles, avec des axes transversaux sur le climat scolaire, la prévention des conduites addictives, et notamment le projet « Aller bien pour mieux apprendre » (ABMA).

L'objectif général du projet est de renforcer les compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans afin de leur permettre de devenir acteurs de leur santé et de les outiller pour faire des choix favorables à leur bien-être.

Ses objectifs spécifiques sont :

- favoriser la prise de conscience autour de l'intérêt des compétences psychosociales par l'ensemble des acteurs éducatifs de chaque site, sans culpabiliser ni stigmatiser ;
- renforcer les compétences des acteurs éducatifs sur chaque site ;
- impulser et pérenniser sur chaque site une dynamique partenariale, portée institutionnellement par les acteurs locaux, autour d'un projet partagé visant le renforcement des compétences psychosociales des enfants et la mise en place d'environnements favorables en prenant en compte l'existant.

Le public de ce projet concerne les acteurs éducatifs dans et hors l'école.

Au niveau du cadre d'intervention, nous avons mis en place un comité de pilotage régional qui a la charge de l'évaluation. Soutenu par l'ARS Rhône-Alpes, il est assuré par l'IREPS en partenariat avec les Rectorats de Lyon, de Grenoble et l'ESPE de l'Université Claude-Bernard Lyon-1. Il s'agit d'une action qui s'inscrit dans la durée puisqu'elle est inscrite au PRS Rhône-Alpes 2012-2017. Il y a cinq sites expérimentaux : Saint-Denis-lès-bourg (Ain), Crest (Drôme), Beaurepaire (Isère), Unieux (Loire), Annecy Les Teppes / Novel (Haute-Savoie). Sur chacun des sites, il y a des comités locaux de coordination animés par les trois référents territoriaux : un référent IREPS, un référent Éducation nationale et un référent éducation populaire. Sur chacun des sites, on essaie d'associer l'ensemble des acteurs qui ont une responsabilité éducative tels que les communes, écoles, associations de parents d'élèves, structures d'éducation populaire, pour ne citer que celles-ci.

Le dispositif prévoit trois axes d'intervention :

- la construction d'actions locales avec les acteurs concernés à partir d'un diagnostic partagé des problématiques et ressources du territoire ;
- la formation et l'accompagnement des équipes éducatives volontaires aux activités visant le développement des compétences psychosociales ;
- le recueil de données permettant de nourrir la recherche à trois niveaux : l'analyse collective des dynamiques d'acteurs, l'impact sur les pratiques professionnelles et les effets sur les enfants.

Sur chacun des cinq territoires, notre démarche consiste à :

- s'adapter au contexte et aux besoins du terrain ;
- s'appuyer sur les pratiques et activités existantes et les valoriser ;
- respecter la place et le rythme de chacun ;
- mettre en place les conditions environnementales qui permettent aux éducateurs et aux enfants d'exprimer leurs compétences.

Lors de la première année de réalisation, l'année scolaire 2013-2014, nous avons effectué sur chacun des territoires un gros travail de mobilisation des institutions et des acteurs éducatifs. Nous avons mis en place et assuré le fonctionnement des différents comités locaux de coordination. Ainsi, sur chaque site, un diagnostic partagé des problématiques du territoire et des besoins d'accompagnement des acteurs a été réalisé. Des dispositifs de formation commune aux acteurs dans et hors l'école ont été construits sur trois sites et seulement pour les acteurs hors l'école sur un site. Il y a également eu trois accompagnements d'équipes éducatives, un concernait une MJC (Maison des jeunes et de la culture) et deux des écoles.

Par rapport au thème de la journée, nous avons souhaité expliquer en quoi, pour nous, acteurs de terrain, il pouvait être intéressant de participer à une recherche-action. Cette participation nous permet d'être acteurs de la production de connaissances, de valoriser le travail de l'ensemble des acteurs de terrain, de légitimer la promotion de la santé au plan scientifique, d'appuyer les interventions sur des référentiels théoriques solides et surtout de bénéficier d'un regard extérieur qui questionne nos pratiques professionnelles et nous pousse à la rigueur méthodologique.

Toutefois, nous constatons dès la première année de la mise en place de la recherche-action que cette articulation nécessite au préalable un certain nombre de points de vigilance.

- Apprendre à se connaître et se reconnaître. Les professionnels de l'IREPS ne connaissent pas bien le travail de recherche et les équipes de recherche ne connaissent pas précisément les modalités de travail des acteurs de l'IREPS. D'où l'obligation de mettre en place des temps d'échanges indispensables sur les contraintes éthiques, méthodologiques et organisationnelles de chacun afin de lever les incompréhensions. Cette phase « d'apprivoisement » passe par l'acceptation pour les acteurs de terrain d'être questionnés et re-questionnés sur leurs pratiques par les chercheurs, et pour les chercheurs de se livrer à un effort pédagogique d'explicitation et de ré-explicitation du travail de recherche.
- Définir la place de chacun. Le cadre proposé par la recherche-action implique la participation des acteurs de terrain aux côtés des chercheurs à la production d'éléments de connaissance et d'analyse sur leurs pratiques. Ce positionnement est assez nouveau pour les acteurs et appelle de nombreuses questions : comment, quand et avec quelles temporalités vont-ils être invités à participer ? Quelle place les chercheurs vont-ils tenir dans l'action ? Bref, qui va faire quoi dans ce dispositif ? Des temps d'ajustements et de clarifications ont été et seront encore nécessaires aux différents niveaux de pilotage de l'action, aussi bien en comité de pilotage régional que dans les comités locaux.
- S'adapter aux différentes temporalités. Cela a déjà été dit mais nous en avons vraiment fait le constat. Le temps de l'action n'est pas celui de la recherche ou inversement. Dans notre cas, l'action a mis du temps à se mettre en place. Il y a eu une longue phase de construction du partenariat institutionnel, alors même que l'équipe de recherche avait besoin de mettre rapidement des outils à l'épreuve du terrain. Une fois l'action lancée sur les sites concernés, les outils de recherche n'ont finalement pas pu être validés scientifiquement. Il faut maintenant reconstruire un outil valide. Cette démarche prend du temps au moment même où sur notre territoire les actions s'accélèrent.
- Articuler les besoins d'évaluation du projet avec ceux de la recherche. Les questions que se posent les acteurs en termes d'évaluation de leurs actions répondent à plusieurs enjeux : améliorer la qualité de leurs interventions, valoriser les actions auprès des partenaires, produire un bilan d'activités pour les financeurs. Les questions que se posent les chercheurs sur les pratiques professionnelles ne relèvent pas toujours de ces mêmes enjeux et se posent parfois en d'autres termes. D'où le nécessaire travail de traduction et d'articulation des questions posées de part et d'autre.

*Carine Simar* : De mon côté, je vais utiliser un certain nombre d'éléments conceptuels pour faire ce témoignage, même si la présentation faite jusqu'à présent résume très bien le projet. Vous vous rendez compte que l'exercice est assez difficile pour les chercheurs qui, au début du projet, sont arrivés avec une étiquette « évaluation » collée sur le front. Quand on arrive sur le terrain avec cette étiquette, cela donne une idée de surplomb. La première chose que nous avons eu à travailler et à discuter était le positionnement de la recherche par rapport à l'intervention. Dès le début, j'ai

rayé le mot « évaluation » et reposé le cadre qui est celui de la recherche-action ou de la recherche-intervention. C'est en effet le premier travail de traduction que nous avons dû réaliser sur les territoires où la recherche était placée dans une perspective d'évaluation. Pour beaucoup de personnes ce mot est très connoté, surplombant, et cela rendait les choses difficiles.

Je souhaite revenir avec vous, en tant que témoin du projet, sur ces aspects spécifiques et notamment celui de mettre en musique la recherche fondamentale, l'action et l'intervention. Il est vrai que dans une recherche-action ou recherche-intervention, ces catégories ne sont pas si étanches que cela, comme nous l'avons constaté au fil des discours depuis ce matin. Quand on évoque la recherche-intervention, il me semble que ce qui est en jeu dans nos questions, c'est le lien et la façon dont on va accorder le projet avec la question de l'intervention.

Comment tisse-t-on ce lien ? Quelle place accorde-t-on à la fois au dispositif (formation), à la recherche (évaluation) et à l'intervention (coordination, diagnostic) <sup>9</sup> ?

Je commence mon propos en m'appuyant sur des références de la littérature scientifique, des résultats de travaux de recherche et d'évaluation de dispositifs qui, dans les années 2000, arrivaient à la conclusion que l'on ne devait plus impliquer les enseignants dans les projets en éducation à la santé. Dès lors que l'on mettait des dispositifs en jeu dans les écoles, ces derniers ne les mettaient pas en œuvre tels qu'ils étaient prévus. De plus, ils tendaient à s'impliquer de façon très décroissante. On arrivait ainsi à la conclusion que les enseignants n'étaient pas une bonne cible pour développer l'éducation à la santé à l'école, puisqu'en leur donnant des dispositifs clé en main ils ne les mettaient pas en œuvre. Dans ces études, les résultats n'interrogeaient pas les dispositifs. On demandait aux enseignants de mettre en œuvre, dans des classes, des dispositifs qui n'étaient pas pensés par rapport à leurs pratiques d'enseignement ni leur environnement. Il me semble alors que ce qui est en jeu est : comment placer la recherche par rapport à des dispositifs et des interventions ? Pour témoigner sur le projet autour des compétences psychosociales (CPS) en cours, nous nous sommes appuyés sur le cadrage théorique utilisé en sciences de l'éducation, particulièrement les travaux de Corinne Mérini, qui a essayé de théoriser la question de la recherche-intervention <sup>10</sup>. Pour elle, une recherche-action se définit autour de quatre points :

- la définition et la négociation des objets de recherche ;
- la prise d'information et le recueil des données (comment s'effectuent-ils ?) ;
- l'analyse, la modélisation et l'interprétation des données ;
- la socialisation des résultats (que fait-on de ces résultats en termes de recherche ?).

Je vous propose de revenir sur ces différents points au regard du projet CPS que l'on essaie de développer et de mettre en œuvre.

9. Guével, M.-R., Pommier, J., Jourdan, D. (2014). « Impact de la formation sur les pratiques déclarées des enseignants en éducation à la santé. Méthode et résultats préliminaires ». In S. Parayre et A. Klein (éds.), *Éducation et santé : des pratiques aux savoirs* (pp. 167-182). Paris : L'Harmattan ; Simar, C., Jourdan, D. (2010). « Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré ». *Revue des sciences de l'éducation*, 36(3), 739-760.

10. Mérini, C. & Ponté, P. (2008). « La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques ». *Savoirs*, 1(16), 77-95.

D'un point de vue épistémologique, le premier élément concerne la finalité de la recherche-intervention. Que veut-on faire de cette recherche et de cette évaluation ? Dans le cadre du projet CPS, nous avons clairement posé la recherche dans une finalité qui vise à appréhender la complexité relative à la mise en œuvre et l'impact des dispositifs de promotion de la santé. L'enjeu de cette recherche est de donner du sens à des pratiques, des dispositifs et des contextes. Il s'agit d'essayer de tenir le dispositif dans un lien recherche / intervention / contexte, notamment dans une perspective d'évaluation réaliste. L'idée retenue est de donner du sens et d'essayer d'éclairer la complexité.

Le deuxième élément est de mettre au service des professionnels et construire avec eux des données issues de la recherche. La place des acteurs dans la finalité de la recherche n'est pas simplement « adresser pour » mais « construire avec ». On va mettre en service un certain nombre de résultats en direction des professionnels mais l'objectif de notre projet est aussi qu'une construction s'opère de part et d'autre.

Le dernier élément est de donner du sens aux données scientifiques. Il concerne la place de la recherche et des méthodologies. Il interroge le cadre scientifique que l'on est capable de donner aux résultats de recherche, le quotidien de notre métier. Pour autant, cela n'a de sens que s'ils sont confrontés et travaillés avec les acteurs de terrain, s'ils sont interrogés puis re-questionnés.

Ces trois points me semblent importants dans le dispositif de recherche que l'on essaie de tenir.

La définition de nos axes de recherche peut vous donner une perspective de la complexité et de cette volonté de l'éclairer. Nous avons établi un premier axe de recherche qui va essayer de comprendre les dynamiques de sites. Comment les sites arrivent-ils à travailler et comment la dynamique se développe-t-elle sur chacun d'eux ? L'hypothèse est que chaque site va évoluer différemment. Si l'on veut donner du sens à un dispositif, peut-être faut-il aussi comprendre l'histoire des sites et comment ils arrivent à mobiliser et fédérer les acteurs. Le deuxième axe consiste à donner toute leur place aux professionnels, c'est-à-dire se donner les moyens de comprendre chacun d'entre eux, où il en est, essayer de voir sa trajectoire et comment ses pratiques vont évoluer au cours du temps. Le dernier axe, puisqu'il s'agit d'avoir un outil dont la finalité est bien le développement des compétences psychosociales, est d'aller mesurer et de se donner des points de repère sur les niveaux de compétences des jeunes. Le développement de ces axes de recherche veut vous montrer comment la complexité est posée et appréhendée avec à la fois une attention sur le contexte, sur les professionnels et sur le bénéficiaire, c'est-à-dire les jeunes.

Dans les dispositifs de recherche-intervention, un point essentiel est la volonté de croiser des méthodes de recherche. On a essayé aussi de tenir cet élément dans notre projet, dans une perspective de méthode mixte de recherche avec des outils qualitatifs qui vont nous aider à donner du sens et à comprendre et des outils plus quantitatifs pour essayer de voir des invariants et trouver des facteurs susceptibles d'être corrélés.

Pour définir les axes et les problématiques de recherche, nous avons eu un premier temps où nous avons discuté et travaillé tous ensemble les axes de recherche au regard

du projet. Nous avons ainsi défini les trois axes, puis fait notre travail de chercheur interrogeant la littérature scientifique sur ces éléments. Ensuite, nous nous sommes appuyés sur les retours des comités régionaux et locaux. Nous avons eu un premier temps d'échange autour de la présentation du projet, la mise au travail et la traduction des axes justifiant les choix. Cette année, nous avons commencé à faire un premier retour sur les résultats pour retravailler les axes que nous avons pensés initialement et, pourquoi pas, voir se dégager de nouveaux objets de recherche possibles ou retravailler ensemble sur les axes prédéfinis. Cet aller-retour s'opère toujours.

Dans une recherche-intervention, la question de la place des chercheurs et des professionnels interroge les espaces dans lesquels chacun évolue et de quelle manière. Ce dispositif autour des CPS fait appel à une horizontalité des pratiques entre les chercheurs et les professionnels. Si on regarde au quotidien, on fait exactement la même chose, à savoir mettre en œuvre une recherche ou une intervention. Les professionnels participent au recueil des données (et à sa construction), comme nous participons également aux comités de pilotage locaux et régionaux. Nous partageons de nombreux espaces. De la même manière, par rapport à l'analyse de ces données, nous établissons une première analyse, puis nous associons de plus en plus les professionnels en essayant de donner du sens aux premiers éléments.

Concernant la prise d'information et le recueil de données, nous avons essayé cette première année de faire une recherche la plus exploratoire et la plus ouverte possible. Cette phase exploratoire laisse place à une grande diversité de pratiques et inventivité des sites, pour ensuite être assez exhaustif dans la rigueur d'un protocole de recherche. Cette deuxième année du projet, nous avons effectué un premier retour. Nous allons retravailler les outils par rapport à cette première année d'expérience et nous allons renégocier les temporalités, la chronologie et les outils.

Corinne Mérini, que j'ai déjà citée, nous a interpellés pour savoir si nous étions bien dans une recherche-intervention, évoquant la question de la socialisation des résultats. C'est un point que nous avons beaucoup travaillé dans les espaces de rencontre comme les comités locaux et régionaux. De nombreuses opportunités nous réunissent et nous fédèrent, pour travailler, traduire, appréhender et se reconnaître. Nous mettons en place des séminaires de recherche où nous essayons de créer un langage commun autour d'une synthèse de la littérature que l'on travaille avec les acteurs et les professionnels. Inversement, quand les professionnels ont leur journée de coordination et qu'ils font le point site par site, nous sommes également invités parce qu'ils vont nous livrer une analyse des sites dont nous avons besoin pour donner du sens aux résultats de la recherche. La socialisation est également hors projet puisque nous essayons de participer à un certain nombre d'initiatives, comme ce colloque. Nous essayons d'avoir le maximum de présentations à deux, trois ou quatre voix, comme cela a été le cas dans le colloque UNIRÉS où nous étions présents avec des représentants du Rectorat et de l'ARS. Tout cela participe à nous connaître et faire connaître. Ainsi la socialisation des résultats sera à visée scientifique à travers notamment le colloque ou les lettres d'UNIRÉS, des articles de recherche que l'on va produire, mais également à visée professionnelle, avec notamment une volonté de publier dans des revues profes-

sionnelles et de participer à des journées d'échange de pratiques qui contribuent à mieux appréhender nos champs d'action et d'intervention.

Je terminerai par des éléments de bilan intermédiaire, un peu plus d'un an après le lancement du projet, avec quatre chantiers :

- Le premier est celui qui a trait aux acteurs, aux espaces et territoires, mais aussi au champ de compétences de chacun, aux façons de travailler et leur limite, c'est-à-dire ce qui est « non négociable » pour chacun. C'est vraiment le gros travail que nous avons réalisé et que nous allons poursuivre. De cette manière, quand nous discutons de la validation d'un questionnaire, nous avons une procédure standardisée sur laquelle il n'y a pas de négociation possible. Nous essayons ensemble de trouver les points de négociation possibles et la place de chacun.
- Le deuxième point est la question de la temporalité et de la chronologie. Il est vrai que nos *timings* sont différents et que nous avons une difficulté à nous synchroniser. Mais ce n'est pas une difficulté en soi, c'est un fait. Il s'agit d'arriver à comprendre les temporalités de chacun et à les appréhender le mieux possible pour que cela ait du sens. Qu'est-ce qui fait sens du point de vue de la recherche et qu'est-ce qui va faire sens du point de vue de l'intervention ? C'est finalement ce que nous retenons.
- Le troisième point porte sur la communication. Lorsque nous sommes arrivés sur le terrain dans les premiers comités locaux, nous avons été présentés comme concourant à l'évaluation. J'avais tendance à me retourner car je ne me voyais pas du côté de l'évaluation. Nous avons eu ce temps nécessaire pour communiquer, par écrit et oralement, en étant présents dans les comités locaux, pour se demander pourquoi on était là et comment on allait faire ce projet ensemble.
- Le dernier point de bilan porte sur la thématique des compétences psychosociales. Ce matin, on parlait du poids politique de la promotion de la santé. *Quid* des aspects scientifiques ? Sur la thématique CPS, nous sommes aussi sur ce questionnement qui finalement nous fédère car il est autant mis en avant sur le terrain qu'en recherche comme finalité du projet. Il faut développer les compétences. Pour autant, quand on essaie à la fois de penser ou de rationaliser sur le terrain pour former et accompagner les équipes, ce n'est pas simple. De la même manière, quand on essaie de formaliser et de théoriser du côté de la recherche, quand on essaie de construire un questionnaire validé autour des compétences psychosociales, ce n'est pas simple. Nous avons une thématique qui nous unit et qui va continuer de nous porter sur les quatre prochaines années.

### 3 Co-construire la description des « fonctions-clés » des interventions entre chercheurs et acteurs au sein d'une recherche interventionnelle

Elsa Bidault

Doctorante, S2HEP, UMR1027 – Université Paul-Sabatier Toulouse-3

Précédemment j'étais chef de projet du programme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » (AAPRISS). Actuellement je suis chargée de mener une étude plus spécifique sur une question de recherche qui a émergé progressivement du travail mené, celle de la transférabilité. Il s'agit ici de proposer un retour d'expérience autour du concept de fonctions-clés, avec la question sous-jacente de la transférabilité des processus à l'œuvre dans ces interventions. La transférabilité est une notion qui commence à émerger depuis un ou deux ans. Mais elle renvoie à une grande complexité, telle qu'évoquée en substance depuis ce matin. Je vous propose donc de retracer comment cette question a émergé au sein du programme AAPRISS à travers le concept de fonctions-clés.

Un mot sur le contexte du programme. Il a été construit et élaboré par une équipe d'épidémiologistes entre 2009 et 2010. On n'entendait pas encore parler de recherche interventionnelle. En France, le niveau des inégalités sociales de santé est l'un des plus élevés d'Europe de l'Ouest. Aujourd'hui, cette problématique est mieux décrite et mise à l'agenda politique, cependant les connaissances manquent sur les moyens de les réduire. Elles sont peu prises en compte dans les interventions de santé publique en tant qu'objectif explicite, et cela peut contribuer à les augmenter. D'où la nécessité d'évaluer les impacts non prévus de ces interventions sur les inégalités sociales de santé et de réajuster ces interventions, notamment grâce au développement de programmes de recherche interventionnelle. Je précise que lorsque l'on parle d'impact non prévu sur les inégalités sociales de santé, l'impact de ces interventions sur la santé en moyenne est mis en arrière-plan. On s'attache à essayer de mesurer l'impact de ces interventions sur l'équité et sur les inégalités sociales de santé (ISS). En ce sens, le programme AAPRISS n'est pas une intervention supplémentaire mais un « programme ombrelle », visant à mettre en œuvre des évaluations d'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) de projets de prévention du cancer autour de la nutrition, projets qui existaient bien avant nous en Midi-Pyrénées.

Plus précisément, l'objectif se décompose en plusieurs phases : une phase d'analyse, une phase d'évaluation et une phase de réorientation de ces projets pour améliorer leurs impacts positifs et diminuer leurs impacts négatifs sur les inégalités sociales de santé. Cinq projets de prévention du cancer axés sur la nutrition ont été inclus dans ce programme :

- le projet « Ciné-Ma-Santé », une action portée par l'Atelier Santé-Ville des quartiers Nord de Toulouse ;
- un projet intitulé « Quatre repas par jour » en école primaire porté par la mairie de Toulouse et l'Inspection académique ;

- un projet « Bien manger et bouger dès l'école maternelle » porté par le service de prévention de la Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne ;
- deux programmes d'éducation thérapeutique en milieu hospitalier, l'un pour patients obèses engagés dans une démarche de chirurgie bariatrique et l'autre pour patients diabétiques de type 2.

Ces projets sont très différents. L'objectif de les ramener à un ensemble appréhendable représente un *challenge* important. Le point commun est que les porteurs de projets sont tous volontaires. C'est la condition de base pour bien travailler ensemble.

Les principes du programme sont les suivants :

- Il s'agit d'un suivi réalisé de manière contemporaine (sur des projets actuellement en cours de déploiement et de développement).
- Le programme est centré sur l'équité en santé (les impacts sur la santé en moyenne ne sont pas évalués).
- Il repose sur l'interdisciplinarité des chercheurs mobilisés (sociologues, psychologues, épidémiologistes, politistes, etc.). De ce fait, la coordination du programme n'est pas simple.
- Il utilise des méthodes mixtes, en croisant les méthodes qualitatives (observations, entretiens, etc.) et quantitatives (indices de défavorisation, questionnaires, etc.).
- Il prône l'intersectorialité. Nous sommes en présence de différents secteurs avec des institutions sanitaires, des associations, des collectivités territoriales, le monde de la recherche, le monde de l'action de terrain.
- Il est basé sur la co-construction de l'évaluation et de la réorientation de ces projets entre porteurs de projets et chercheurs.

Concrètement, dans AAPRISS, a été développé le processus général de la recherche interventionnelle qui illustre le principe de co-construction évoqué. En réalité, le déploiement de ce processus méthodologique prend du temps. Nous avons mis en place environ une réunion par trimestre pour « coller » à la fois au temps de la recherche et au temps de l'action de terrain, et cela en suivant six phases :

- La première phase de pré-réunion a pour objectif d'amorcer les contacts. Chacun se présente et on apprend à se connaître et à se reconnaître. Il s'agit de progressivement engager une réflexion sur l'impact de l'intervention, du projet, de l'action sur les inégalités sociales de santé en identifiant certains points névralgiques.
- La phase 2 consiste en une réunion plénière d'analyse qui a pour but de poursuivre l'analyse collective et produire une synthèse des constats relatifs aux impacts potentiels de ces interventions sur les inégalités.
- En phase 3, des groupes de travail constitués de chercheurs, d'acteurs et des porteurs de ce projet, qui peuvent être institutionnels, sont formés. On y discute de la faisabilité concrète de certaines réorientations. Nous débutons également la description de l'intervention car il n'est pas facile de la modifier une fois que l'action est déjà écrite et qu'elle est en train de se déployer. Parallèlement, une recherche de terrain est réalisée par des chercheurs en interdisciplinarité. Sur

un même terrain, par exemple, un sociologue et un épidémiologiste peuvent travailler de concert, toujours pour croiser les méthodes. Il y a aussi une question de financement, à savoir si les projets sont susceptibles de bénéficier de financements autonomes, afin notamment de prendre en charge les réorientations et adaptations générées dans le cadre du programme de recherche.

- En phase 4, des « constats partagés » sont rédigés collectivement. Il s'agit de formaliser un premier consensus sur les principales questions posées par la conception ou l'implémentation de l'action au regard de la problématique des inégalités sociales de santé. Ces constats partagés vont aussi comprendre des pistes de réorientation.
- La phase 5 est une phase de transformation, inscrite dans une dynamique de changement. Des choses se font et d'autres ne peuvent pas se faire.
- La phase 6 est une phase de bilan. Il s'agit d'identifier ce qui s'est fait et les difficultés rencontrées pour réaliser les transformations, et ce qu'il n'a pas été possible de faire.

L'idée est de développer une méthodologie évaluative adaptée co-construite avec les acteurs de terrain.

De cette recherche interventionnelle ont émergé des problématiques et des tensions pratiques et théoriques, toutes en lien avec les difficultés d'évaluer les interventions complexes. Ce matin une question a été posée sur une intervention : « Comment évaluer l'impact d'un programme d'activités physiques ? » C'est justement le grand défi, sachant que les essais randomisés sont encore dominants et souvent peu adaptés à ce type d'interventions dites « complexes ». La question sous-jacente porte sur la possibilité de produire des connaissances transférables à partir des interventions en vie réelle et, corrélativement, sur la possibilité de transférer des processus d'une intervention à une autre, d'un contexte à un autre. Nous avons rapproché ce problème à celui de la description des interventions complexes. En effet, nous avons constaté que les interventions sont souvent peu décrites. Lorsque l'on demande aux acteurs en quoi consiste l'action, on nous répond généralement par une suite d'activités. La mise en œuvre est décrite mais comprendre ce qui se joue dans l'intervention et les fils tirés par les acteurs pour atteindre les objectifs de l'action ne relève pas de l'explicite. Or, de manière générale, nous avons pu noter que ces interventions étaient difficiles à valoriser, la production de connaissances étant de surcroît limitée, notamment quant à leur impact sur les inégalités sociales de santé. On retrouve ainsi le problème des connaissances généralisables sur ces interventions et la question de leur transférabilité.

La question centrale de recherche, qui s'apparente davantage à une hypothèse, s'avère ici être celle de la distinction entre d'un côté, des processus à l'œuvre dans les interventions en vie réelle, que nous nommons les « fonctions-clés » de l'intervention et qui peuvent être généralisables et, de l'autre côté, leur implémentation spécifique à un contexte particulier. Cette distinction est à comprendre comme étape préalable à la transférabilité des « fonctions-clés ». Comment alors opérer ? De manière très générale : en décrivant les interventions, en dégageant les éléments transférables tout en prenant en compte le contexte d'implémentation, et de manière plus spécifique : en co-construisant avec les porteurs de projets et les chercheurs, un schéma distinguant

les activités implémentées dans un contexte particulier et les fonctions-clés plus générales. Il s'agit de distinguer le contexte, les fonctions-clés, l'implémentation. Nous avons ainsi posé des questions, telles que :

- Quelles sont les logiques d'intervention sous-tendant les activités mises en œuvre ?
- Certaines de ces logiques pourraient-elles fonctionner dans d'autres contextes ?
- Si l'on devait transférer ce projet dans un autre contexte que faudrait-il reproduire *a minima* ?
- Quels éléments pourraient au contraire être modifiés tout en conservant ces mêmes logiques ?

Ces questions nous ont été utiles lors des groupes de travail avec les acteurs pour repérer les fonctions-clés. Cette démarche vient proposer des pistes de résolution pour pallier l'absence de description de l'intervention, tout en reconnaissant la nécessité de produire des connaissances utiles, pour valoriser les interventions d'une part et pour lutter contre les inégalités sociales de santé d'autre part.

Un exemple concret a été développé avec les acteurs de « Ciné-Ma-Santé », action inscrite dans le cadre de l'Atelier Santé-Ville (ASV) des quartiers Nord de Toulouse. Ce projet a été mis en œuvre en 2009 par le groupe Éducation-Nutrition créé après un diagnostic partagé en 2006. L'objectif global de l'action est de sensibiliser les habitants du quartier à la nutrition grâce à plusieurs objectifs spécifiques : la promotion de leur participation, la favorisation de la prise de conscience du plaisir de manger et de pratiquer une activité physique, l'apport de moyens pour s'approprier les notions en lien avec la nutrition. Ce projet a particulièrement retenu notre attention car il était en carence de valorisation par rapport aux institutions de tutelle et sa pérennité était problématique (tous les ans les acteurs se battent pour que les financements soient reconduits). Les porteurs de projet avaient un objectif clair, celui de lutter contre les inégalités sociales de santé, mais ils ne parvenaient pas du tout à expliciter en quoi très concrètement ils pouvaient, par leur action, avoir un impact positif sur ces inégalités sociales de santé. Nous avons utilisé la méthode du schéma précédemment évoquée, distinguant les logiques d'implémentation et de contexte. Cela a donné un tableau avec de nombreux éléments [Fig. 1]. Il faut retenir dans un premier temps que ce schéma a fait consensus à la fois au sein des chercheurs (sociologues, épidémiologistes, chercheurs mobilisés sur ce programme) et des acteurs. D'un seul coup, ce schéma leur a permis de voir que c'était implicite de leur côté et qu'il était juste question de formaliser ces implicites avec nous. Il fait figurer les fonctions-clés, l'implémentation de ces fonctions-clés (les activités qui sont complètement relatives au contexte) et le contexte isolé artificiellement et entouré de flèches, pour montrer que le contexte a un effet sur les fonctions-clés et un impact sur les activités qui vont être proposées.

Nous bénéficions aujourd'hui d'un peu de recul et sommes capables d'identifier certaines limites et certaines forces à cette démarche de schématisation. Les limites sont liées au fait que l'on rencontre des problématiques de type épistémologique, par exemple à l'endroit de la modélisation comme outil méthodologique. Cela peut en effet poser problème au sein d'une équipe pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Aussi, très concrètement, il est difficile de distinguer la fonction (ce dont on fait l'hy-

- **Contexte national** (ASV initiés en 1999) : Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé / Lutte contre l'exclusion et pour l'accès à la santé des plus précaires.
- **Contexte local général** : ASV Quartiers Nord de Toulouse (initié en 2006) : Diagnostic local de santé participatif réalisé en 2006 et formation du groupe « éducation nutrition ».
- **Contexte institutionnel** : Précarité du financement et des associations / Participation au programme AAPRISS.

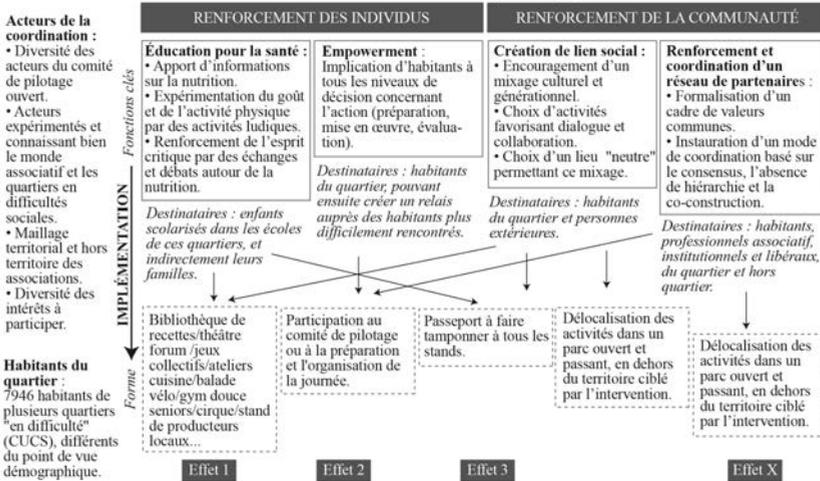


FIGURE 1 – Schéma représentant l'implémentation et le contexte de l'action « Ciné-Ma-Santé ».

pothèse qu'elle est transférable) et la forme (ce qui est spécifique à un contexte) d'une intervention. Dans une action comme « Ciné-Ma-Santé », les activités peuvent parfois recouvrir à la fois les logiques de l'action et les fonctions-clés. Il y a une multiplicité d'hypothèses et des difficultés quant à la définition des fonctions-clés. Les flèches présentes dans le schéma [Fig. 1] permettent de montrer que le contexte est capable de modifier non seulement l'implémentation mais aussi les fonctions-clés. Dès lors, quelle est l'analyse causale que l'on propose avec un tel schéma ? Loin de pouvoir répondre, nous le considérons aujourd'hui comme une étape préalable à l'évaluation des effets. Parallèlement, les forces de la démarche résident dans la description de l'intervention qu'elle permet et qui fait sens pour tous. Cela rend les implicites explicites. C'est une étape dans une réflexion sur la transférabilité qui tient compte des contextes en amont, à partir d'une intervention en vie réelle.

De manière plus générale, tout cela renvoie aux difficultés et aux forces de la recherche interventionnelle : différentes temporalités, des représentations sociales différentes, des représentations de la santé publique différentes et la peur d'entrer dans un cadre rigide comme ce fut le cas pour certains acteurs de l'ASV. Nous avons aussi pu constater une certaine défiance à l'égard d'une démarche scientifique atypique au croisement de plusieurs disciplines, comme ce fut le cas avec certains acteurs du Centre Hospitalier Universitaire plus habitués à la recherche clinique. Par ailleurs, la précarité importante de certains projets représente un risque de mise en danger à prendre en compte, surtout lorsque l'on arrive avec une « casquette d'évaluateur » alors que ce n'est pas le cas. Cela peut inquiéter. Les contraintes institutionnelles liées à l'intersectorialité et à l'interdisciplinarité ont été largement recensées. Les forces proviennent du fait que nous avons sensibilisé les acteurs et les décideurs à l'impact de leurs actions sur les

inégalités sociales de santé et tenté de changer les visions à l'endroit de l'évaluation. Aussi, il y a eu une co-construction effective entre praticiens, acteurs de santé publique et chercheurs.

AAPRISS est aujourd'hui en cours de finalisation, même si, comme pour tout projet de recherche, il n'est pas simple à finaliser. Ce n'est pas parce que les financements sont clos que la collaboration avec les acteurs s'achève. Toujours est-il que nous poursuivons ce travail dans le cadre d'un autre projet de recherche appelé « Transferiss ». L'objet général de ce projet de recherche est la transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé, sachant qu'il est question d'examiner le processus d'adaptation d'une intervention de santé publique selon le contexte et de déterminer les éléments-clés concernant la transférabilité d'une intervention. Le projet, financé par l'Institut national du cancer (Inca) depuis la fin de l'année 2014, est assez atypique car constitué de quatre volets interdisciplinaires : un volet philosophique (dont je m'occupe), un volet sociologique, un volet santé publique et un volet intégration interdisciplinaire. L'idée est de faire le tour de la question de la transférabilité, et précisément pour le volet philosophique, il s'agit de manière générale de faire l'étude des enjeux et des implications théoriques et pratiques que soulève cette question. Par exemple :

- Quelle épistémologie en santé publique ?
- De quelle santé publique parle-t-on ?
- Y a-t-il une épistémologie stabilisée de la santé publique ?
- Quelle place pour le contexte ?
- Quelles connaissances produites ?
- De quoi s'agit-il quand on parle de « santé des populations » ?

Il s'agira aussi de faire un diagnostic des enjeux autour de la transférabilité en termes de problèmes philosophiques fondamentaux, avec ces questions :

- Au nom de quoi intervient-on en santé publique ?
- Quels sont les critères de légitimité de l'intervention ?
- Quelle éthique pour l'intervention dite « transférable » ?

Finalement, il y a deux grands axes préliminaires de recherche. Une première interrogation qui vise à clarifier un certain nombre de catégories utilisées dans le champ de la santé publique (mais pas seulement) telles qu'évoquées depuis ce matin : « recherche interventionnelle », « intervention », « recherche-action ». On les utilise mais on ne sait pas forcément ce qu'elles recouvrent d'un point de vue conceptuel. Il s'agit donc, dans un premier axe, de relever et d'analyser les consensus et les tensions à l'endroit de ces catégories. La seconde interrogation porte sur les enjeux et implications. Sur quels postulats (théorie morale de la santé en tant que bien, théorie de la justice sociale, raisonnement fonctionnel, unité et rationalité de la nature humaine, etc.) repose la possibilité de transférer des processus efficaces à partir des interventions de santé publique ? Nous allons essayer d'analyser les enjeux et implications d'une telle question autour de notre hypothèse centrale. La transférabilité est au cœur de ces tensions, et en termes d'enjeux, elle semble être un critère de démarcation des interventions, du point de vue de leur scientificité, de leur légitimité et de leur efficacité.

## 4 Étude d'impact des actions visant à développer dans le Rhône la promotion de la santé mentale auprès d'un large public et à lutter contre la stigmatisation

Arnaud Simeone

Représentant Marie Preau et Lucia Bossone, Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS),  
EA 4163, Université Lumière Lyon-2

Christophe Porot

Directeur de l'Association départementale d'éducation à la santé (ADES) du Rhône

*Christophe Porot* : Nous allons vous présenter une illustration concrète de terrain sur une initiative locale, une expérience menée dans le département du Rhône. Nous allons aborder un rapprochement entre l'Université Lyon-2 et un acteur de terrain, l'ADES du Rhône, sur la question de la promotion de la santé mentale et l'impact que peuvent avoir les actions de promotion de la santé mentale sur la population, notamment en visant un des objectifs du Programme régional de santé (PRS) Rhône-Alpes, qui est la déstigmatisation des questions de santé mentale.

Vous connaissez sans doute l'acronyme SISM pour « Semaine d'information sur la santé mentale ». Cet événement national a lieu chaque année au mois de mars et se décline dans les départements. Ces semaines constituent un moment privilégié pour réaliser des actions autour de ces questions. Elles sont l'occasion de construire des projets entre différents partenaires issus des secteurs du médico-social, de l'éducation, de l'insertion, de la prévention, touchant les proches des malades, les malades eux-mêmes et l'ensemble de la population. Leur objectif est de pouvoir parler de la santé mentale afin de concourir à la déstigmatisation, favoriser le regard de la société sur ces questions, améliorer l'accès aux soins, créer des passerelles entre les différents secteurs précités. Les SISM se déclinent en différents types d'actions et d'activités : ciné-débats, conférences-débats, tables-rondes, expositions, théâtre, forums, spectacles de rue, portes ouvertes dans les groupes d'entraide mutuelle ou les associations d'usagers, les services municipaux de santé mentale, les centres médico-psychologiques (CMP), les centres hospitaliers spécialisés. L'objectif est de se faire connaître, d'ouvrir ses portes, de se rencontrer et d'échanger. Pour participer à ces événements dans le Rhône, on peut s'adresser à l'ADES, qui en a la coordination, aux membres du comité d'organisation et de pilotage des SISM, qui regroupent certains acteurs comme les associations d'usagers, les services de santé mentale dans les centres hospitaliers spécialisés, les Conseils locaux de santé mentale, les Ateliers santé ville, les municipalités ou les associations. Sur tous les départements de Rhône-Alpes, vous avez une coordination SISM qui peut être portée soit par l'hôpital, soit par les municipalités.

Les SISM existent depuis vingt-cinq ans et elles sont coordonnées dans le Rhône depuis une vingtaine d'années par l'ADES qui n'est pas une association spécialisée dans la santé mentale, puisque notre cœur de métier est l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Cette coordination donne lieu, depuis plusieurs années, à un cofinancement de l'Agence régionale de santé (ARS) dans le cadre du PRS mais égale-

ment de certaines municipalités comme la Ville de Lyon ou les trois centres hospitaliers spécialisés du département et la Coordination psychiatrie 69. On observe une montée en charge d'année en année de la SISM puisque l'ADES coordonne aujourd'hui plus de soixante-dix manifestations sur deux semaines. Cet événement touche plus de cinq mille personnes.

Nous avons obtenu une convention pluriannuelle avec l'ARS pour la coordination de la SISM mais aussi pour répondre à une préoccupation très forte de la part de nos interlocutrices ARS sur la proposition d'une évaluation qualitative et quantitative de l'impact de cette coordination sur le département. Le projet de recherche et de rapprochement avec l'Université Lyon-2 et le GRePS s'inscrit dans un avenant à cette convention, pour nous aider à travailler sur l'approche qualitative de notre évaluation et permettre d'apporter des éléments répondant à la question : « En quoi notre coordination et les actions concourent-elles à lutter contre l'isolement, la discrimination et la stigmatisation des patients ? » Nous sommes bien dans l'illustration d'une co-construction et d'un projet entre les chercheurs, les financeurs institutionnels et les acteurs que nous sommes.

Nous bénéficions de quelques éléments d'évaluation déjà mis en œuvre par l'ADES. Nos partenaires du GRePS vont reprendre et compléter ce que nous avons essayé de développer par nos propres moyens. De façon plus périphérique, l'objectif est de renforcer les partenariats entre le secteur associatif et le secteur universitaire. Nous avons vu tout au long de la journée l'importance de ce rapprochement. Ainsi, avant même l'intervention de nos partenaires universitaires, nous avons travaillé à produire des évaluations.

- Auprès des organisateurs des manifestations. Ils sont au nombre de cinquante à soixante sur le département. Nous avons essayé de voir auprès d'eux quelles étaient les raisons qui les avaient poussés à organiser une manifestation dans le cadre de la SISM, leur niveau de satisfaction concernant les événements qu'ils avaient pu mettre en œuvre, tant dans le contenu que dans le nombre de participants, la manière dont ils ont organisé leur événement, l'adaptation du contenu au public, la richesse des échanges, la satisfaction vis-à-vis de l'apport de l'ADES en matière de coordination départementale, les supports de communication fournis sur le département et la communication générale au niveau national mise en place par la coordination des SISM.
- Auprès des participants. Ils sont au nombre de quatre à cinq mille selon les années. Ces évaluations se sont faites par passation de questionnaires avec un taux de retours satisfaisant (60 % de réponses). Nous avons voulu savoir qui venait à ces manifestations, la manière dont les participants en avaient été informés, si c'était une première participation ou non. On peut en effet penser que ce sont toujours les mêmes personnes qui sont intéressées et participent. Or, nous avons prouvé que, d'année en année, le nombre de nouveaux participants augmente. L'année dernière 60 % des participants aux événements de la SISM n'avaient jamais participé à un événement autour des questions de santé mentale précédemment. Nous avons également interrogé les raisons de leur présence et les raisons de leur satisfaction ou de leur éventuelle insatis-

faction, leur changement de point de vue sur les questions de santé mentale. Se sentent-ils suffisamment informés ou souhaitent-ils l'être davantage et si oui sur quel sujet ?

- Auprès des partenaires du premier cercle qui nous accompagne depuis plus d'une dizaine d'années dans notre comité de pilotage. Nous leur avons demandé de nous juger en tant que coordinateur. Nous avons questionné leur satisfaction par rapport aux outils de communication produits par l'ADES, leur sollicitation à un soutien méthodologique de l'ADES. En ont-ils été satisfaits ? Aurait-ils organisé leur manifestation sans le soutien de l'ADES ? On a cherché à évaluer leur autonomisation dans la mise en œuvre des actions au fur et à mesure des années, leur satisfaction de notre manière d'animer le comité d'organisation (COPIL), leur participation à des sous-groupes de travail sur la communication ou la mise en place de la soirée d'ouverture des SISM, la nécessité d'une coordination sur le département.

*Arnaud Simeone* : Côté chercheurs, le projet a commencé en décembre 2014, soit un mois de collaboration effective sur le programme sans compter l'élaboration de la réponse. La commande faite auprès de notre laboratoire consistait à évaluer l'impact perçu des SISM et des manifestations sur les pratiques des professionnels, des acteurs sanitaires et sociaux, sur l'amélioration de l'accès à la prévention, aux soins des publics et surtout sur la déstigmatisation des questions de santé mentale.

Cet objectif général nous convient plutôt bien puisque le GRePS est un groupe de recherche en psychologie sociale, qui travaille essentiellement sur la pensée sociale et qui répond depuis de nombreuses années à des appels d'offres auprès d'acteurs locaux, nationaux ou internationaux. Nous nous intéressons à des préoccupations de terrain. La co-construction de la recherche est très importante pour nous et cela dans des domaines très divers, que ce soit celui de la santé, de l'environnement ou des inégalités sociales. Dans les objectifs opérationnels que nous nous sommes fixés, il s'agissait de définir l'impact que la SISM pouvait avoir sur des facteurs facilitants tel que le développement de ressources, le développement d'attitudes ou de compétences chez les professionnels, ou sur des facteurs de renforcement, notamment sur les normes sociales, la perception, les opinions auprès du grand public, des familles ou des pairs. Sur l'objectif de déstigmatisation, une évaluation d'impact au sens classique du terme ne peut être mise en place. Nous nous appuyons donc sur la notion d'impact perçu. Nous sommes arrivés sur le projet alors que le programme était déjà installé depuis plusieurs années. Nous n'avons pas du tout participé à son élaboration. Il y a une énorme diversité d'actions qui ne nous offre pas la possibilité de faire quoi que ce soit qui puisse être lié à un *gold standard*, ni considéré comme du quasi expérimental. Nous sommes dans des approches extrêmement qualitatives. Nous allons travailler sur les perceptions que les divers acteurs peuvent avoir de l'impact de la SISM, en ayant parfaitement conscience qu'il y a une différence importante entre l'impact perçu et l'impact réel. On considère que ces perceptions peuvent avoir un intérêt.

Les populations cibles sont :

- les acteurs qui participent à la coordination et à l'implémentation de la SISM, notamment les professionnels de première ligne ;

- les participants à la SISM, ceux qui sont venus aux manifestations ;
- les acteurs médico-sociaux, socio-éducatifs, médico-psychologiques, mais aussi les acteurs de l'insertion et de la sécurité (sur demande de l'ARS) ;
- les usagers et les représentants des usagers ;
- le grand public (les habitants du département du Rhône).

L'approche méthodologique retenue est une approche qualitative d'évaluation, car d'emblée nous savions que nous n'allions pas pouvoir mettre en place une approche ultra expansive, d'autant plus dans un délai de temps assez réduit. Nous avons donc décidé ensemble de travailler avec une approche pluraliste, se basant d'une part sur les travaux déjà réalisés par l'ADES (approche quantitative) et d'autre part sur la technique des *focus groups* (entretiens collectifs) auprès des différentes populations cibles. L'objectif est de permettre le rapprochement systématique des points de vue particuliers de plusieurs acteurs homogènes. À travers ces confrontations, nous allons pouvoir faire émerger et expliciter des points de vue, des perceptions, des opinions vis-à-vis de l'impact de la SISM, mais aussi de ce qui pourrait être amélioré et venir compléter les actions du programme. Notre évaluation est très subjective car basée sur la perception que les différents acteurs, dans des positions différentes, peuvent avoir de ce dispositif, de ce qui pourrait être amélioré et complété, que ce soient des professionnels qui participent activement à l'élaboration de la SISM ou des professionnels qui sont juste venus chercher des ressources, des informations, des contacts, ou bien encore des patients. Ces groupes tenteront de répondre à la question : « Comment pourrait-on faire progresser ce dispositif ? » Attention, nous ne sommes pas du tout dans une évaluation sanction, mais plutôt dans une approche dynamique et productive qui pourrait permettre à l'ADES d'être force de propositions pour de nouvelles actions dans le cadre de la SISM, mais aussi bien au-delà. Nous avons très clairement la perspective d'interroger ce qui pourrait venir, sur des périodes plus larges que les quinze jours des Semaines d'Information sur la Santé Mentale, contribuer à la déstigmatisation de ces questions de santé auprès du public du Rhône.

Les entretiens collectifs vont se dérouler entre février et avril 2015. Actuellement, on essaie de trouver des données probantes. Nous avons élaboré une revue de la littérature, sur les définitions de ce que peut être la déstigmatisation dans le cadre de la santé mentale, mais aussi sur les déterminants identifiés de ce qu'est la stigmatisation dans ce même cadre. Une grande diversité de déterminants a pu être trouvée. On a également interrogé une revue de la littérature sur les conséquences perçues et identifiées de cette stigmatisation, ainsi que sur les différentes populations ciblées, les professionnels, les malades et leurs proches, le grand public. Nous avons pu identifier, sur dix ans, plus de cent quarante articles de recherche correspondant aux critères mis en place dans un comité de lecture. Nous sommes en phase de dépouillement des articles, qui est déjà très avancée, et dans une phase de constitution des échantillons et des grilles d'entretien qui vont correspondre à chacun d'eux. En plus des *focus groups*, nous allons essayer de travailler sur la documentation que tous les participants à cette enquête pourront nous apporter. Il s'agit de la documentation de leurs activités liées à la SISM, à la santé mentale ou à la stigmatisation de santé mentale. Nous ferons aussi une analyse de cette documentation. Nous sommes dans une perspective

où la méthode qualitative et ses interrogations apportent une richesse d'information supplémentaire.

Comme je l'ai déjà dit, nous ne sommes pas dans une évaluation sanction. Nous sommes beaucoup dans une dynamique productive pour essayer de répondre à la fois aux besoins de l'ADES mais aussi à la commande de l'ARS, pour que cette évaluation permette de rebondir et d'être force de proposition et d'amélioration des actions futures.



# Données probantes et transférabilité des interventions en promotion de la santé

Linda Cambon

Directrice de la santé publique, Agence régionale de santé, Picardie, EA 4360 Apemac,  
Faculté de médecine, Université de Lorraine

L'objectif de ma présentation n'est pas d'aller dans le détail des questions de transférabilité mais plutôt, de façon synthétique, de caractériser les enjeux autour de cette notion dans un contexte d'intervention particulier, celui de la promotion de la santé, interdisciplinaire par essence et complexe par construction.

Généralement, la première question que l'on me pose est : « La preuve en promotion de la santé, pour quoi faire ? » J'utilise volontairement le mot « preuve » et non celui de « données probantes », car il y a un triple enjeu autour de cette preuve.

- Un enjeu éthique tout d'abord, car il faut mettre en œuvre ce qui est potentiellement efficace, dans la perspective de mieux utiliser les fonds publics dans un contexte de raréfaction des financements. Mais il faut aussi et surtout s'assurer que l'action mise en place n'est pas péjorative, se rappeler qu'une démarche non probante peut être inutile, inefficace et surtout... nuisible. Nous avons des exemples à travers le monde d'interventions de promotion de la santé, mises en place sans être évaluées, qui se sont trouvées péjoratives pour la santé des individus ou des populations. C'est inacceptable en santé publique.
- Le deuxième enjeu est celui du plaidoyer. Trente ans après la signature de la charte d'Ottawa, il existe encore des confusions sur ce que revêt le champ de la santé. L'utilisation de la preuve peut avoir une fonction de plaidoyer pour crédibiliser la prise de parole vis-à-vis des questions de santé. Aujourd'hui, communiquer publiquement sur ces questions signifie que l'on s'appuie sur des faits et que l'on reconnaît la pluralité des stratégies et leur efficacité. Mais encore aujourd'hui, dans le contexte français, ces stratégies sont présentes en dehors du système de soins où la question de la santé publique est avant tout une question de médecine, avec un paradigme très « hospitalocentré ». Les notions de la promotion de la santé présentes dans toutes les politiques de la lutte contre les inégalités de santé sont à défendre sur la base d'éléments solides.
- Le troisième enjeu est celui de la légitimation des pratiques pour valoriser une activité professionnelle, objectiver la validité d'une pratique ou encore justifier son financement dans un contexte de contraintes budgétaires.

La seconde question concerne la nature de la preuve. Une fois que l'on a compris pourquoi les preuves étaient nécessaires, encore faut-il comprendre tout le panel de preuves qui existe en matière de promotion de la santé. Pour cela, rappelons la diversité des stratégies en promotion de la santé. On peut ainsi distinguer les pratiques cliniques préventives, plutôt effectuées par des professionnels du système de soins, les interventions centrées sur les compétences individuelles et la création d'environnements matériels et sociaux favorables, appelées « éducation pour la santé », et les interventions relevant de la santé dans toutes les politiques. Ces dernières concernent l'impact des secteurs non sanitaires sur la santé des populations et la répartition inégalitaire de la santé selon le gradient social.

En termes de définition de preuves, à l'intérieur même des interventions, les actions sont très différentes et elles ont des effets, seules ou combinées. En outre, certaines interventions sont très complexes, le contexte jouant alors comme un déterminant du résultat, d'autres sont beaucoup plus simples. Les preuves pouvant les caractériser diffèrent. Plus les interventions sont complexes, plus les conditions contextuelles de leur efficacité doivent être prises en compte dans la notion de « preuve ». La preuve n'est plus circonscrite à définir ce qui marche, mais comment ça marche. Ne pas prendre en compte cette pluralité d'interventions et leur niveau de complexité induit des raccourcis du type « la promotion de la santé marche ou la promotion de la santé ne marche pas », alors qu'il faut les caractériser. Est-ce une campagne d'affichage ? Une action communautaire ? Un colloque singulier avec un patient sensibilisé ? On ne peut pas juger de l'efficacité de la promotion de la santé en général, mais plutôt d'une intervention donnée appliquée à une population donnée à un moment donné, dans un contexte donné avec certaines conditions de mise en œuvre. Les preuves en promotion de la santé rassemblent toutes ces nuances.

Cela nous amène à une nécessaire vigilance quant à la production d'une preuve qui s'avérerait tyrannique, parce qu'elle généraliserait trop, contraindrait trop et ne prendrait pas en compte les conditions d'efficacité. La seule démonstration de l'efficacité ne suffit pas. Quel est l'intérêt de créer expérimentalement une action pour en montrer l'efficacité, si les conditions dans lesquelles elle a été testée ne peuvent être implantées en routine ? C'est une preuve inapplicable. Compliquons encore en imaginant que l'on puisse finalement implanter cette action en routine mais que d'autres facteurs entrent en ligne de compte, dépassant les modalités d'implantation. Ces facteurs relèveraient de certaines caractéristiques des bénéficiaires et de l'environnement dans lequel se met en œuvre l'action et interviendraient directement sur le résultat, le faisant varier d'un contexte à l'autre pour une même intervention. Ça n'a rien d'inimaginable, c'est le pain quotidien des acteurs de promotion de la santé et l'angoisse du chercheur. Voilà le cœur de la problématique de la transférabilité, c'est-à-dire de la mesure dans laquelle une intervention donnera ou pas le même résultat dans un contexte pourtant différent de celui où elle a été expérimentée. Ainsi, une intervention peut être rendue applicable, dupliquée, mais ne pas être transférable en raison de la complexité des contextes et de la très grande diversité des facteurs individuels et environnementaux qui jouent sur les résultats.

Cette question de la transférabilité interroge fortement le milieu de la recherche en promotion de la santé et l'utilité de résultats produits sans prendre en compte cette complexité. Ainsi, les chercheurs se penchent de plus en plus sur la « boîte noire » des interventions, la caractérisation des fonctions-clés, les processus et modalités d'implantation qui génèrent cette efficacité. En effet, il est maintenant admis en promotion de la santé que l'effet d'une intervention n'est pas lié à la seule intervention mais à la rencontre d'un contexte et d'une intervention. Prenons l'exemple des comportements où les facteurs individuels peuvent être très influents sur le résultat d'une intervention. Quelle est la vulnérabilité de la personne par rapport à la problématique de santé ? Sa confiance dans le comportement préventif que l'on va souhaiter lui faire adopter ? Sa connaissance des avantages et désavantages à modifier certaines de ses pratiques ? Ces questions, les psychologues de la santé les connaissent très bien. Entrent également

en ligne les facteurs collectifs tels que le soutien social, l'environnement social, les normes dominantes, les facteurs environnementaux comme l'accès à l'offre de santé, l'accès aux fruits et légumes ou aux patches de sevrage, qui vont plus ou moins faciliter l'adoption d'un comportement de santé.

De manière synthétique, on retiendra trois types d'influence puisque certains facteurs sont liés à la nature même de l'intervention, d'autres aux modalités d'intervention c'est ce que Victora<sup>1</sup> appelle la « dose d'intervention ». D'autres enfin relèvent de ce qu'il appelle la « dose réponse » liée aux caractéristiques individuelles ou environnementales. Ces caractéristiques échappent complètement au contrôle de l'intervenant. Elles peuvent être agonistes ou antagonistes à l'intervention et donc influencer dans un sens comme dans l'autre le résultat. Analyser la transférabilité d'une intervention, c'est porter un regard analytique sur ces facteurs afin d'explicitier le résultat et pas seulement le démontrer. Réaliser cette analyse permet d'une part de circonscrire les preuves que l'on produit en tant que chercheur et, d'autre part, en tant que praticien, de porter un regard expert d'analyse avant d'implanter une action expérimentée ailleurs.

Ces nombreux questionnements peuvent décourager. Est-il alors possible de produire des preuves en promotion de la santé ? Est-ce que l'on peut qualifier d'efficace une intervention ?

Le problème vient du fait que l'on situe la recherche en promotion de la santé sur les mêmes standards que la recherche biomédicale à schéma causal simple. La validité interne forte des « gold standards », comme par exemple l'essai contrôlé randomisé, ne prend pas en compte la complexité des contextes et leur influence sur le résultat. Ces *gold standards*, quand ils peuvent être mis en œuvre, présentent des limites quand les conditions sont un déterminant du résultat et c'est souvent le cas en promotion de la santé. Le contrôle des conditions et du contexte lié au mode expérimental conduit par conséquent à un résultat décontextualisé, donc intransférable. Or, si les conditions sont un déterminant, c'est-à-dire un co-facteur de l'effet, quel est l'intérêt d'une interprétation causale obtenue dans des conditions expérimentales ? Quel est le sens d'une intervention efficace dans des conditions jamais rencontrées en réalité ? Cela nous conduit aujourd'hui, en tant que chercheurs, à rééquilibrer les besoins entre validité interne et validité externe, c'est-à-dire à prendre en compte, dès l'expérimentation, les conditions de généralisation et de transférabilité. Cela nous invite à revoir complètement nos méthodologies d'intervention et d'évaluation pour prendre en compte une évaluation plus flexible qui va tenir compte des modalités de mise en œuvre, des environnements, des acteurs participant à l'intervention et des caractéristiques des bénéficiaires. Cela implique des alternatives aux *gold standards* méthodologiques d'inspiration biomédicale.

On distingue ainsi trois types d'adaptation :

- adaptation des essais contrôlés randomisés ; on parle alors d'essais pragmatiques, en conditions réelles ;

---

1. Victora, C. G., Habicht, J. P., Bryce, J. (2004). « Evidence-based public health : moving beyond randomized trials ». *American Journal Public Health*, 94(3), 400-405.

- analyse des processus et mécanismes, avec un focus sur les mécanismes opérationnels ; on parle alors d'évaluation des processus, une évaluation réaliste qui analyse le lien entre mécanismes, contextes, effets ;
- les méthodes quasi et non expérimentales, empruntées aux sciences humaines et sociales.

En réalité, les questions de pertinence de la preuve et de transférabilité soulignent la nécessaire complémentarité des méthodes. Il ne s'agit pas de les opposer ou de remettre en question l'essai contrôlé randomisé mais de reconsidérer ces méthodes à l'aune de ce qu'elles apportent et de la question posée. La question n'est pas seulement : « Est-ce que cette intervention est efficace ? » mais plutôt : « Comment cette intervention est-elle efficace et à quelles conditions est-elle efficace ? »

Il s'agit de re-questionner le modèle de Campbell<sup>2</sup> privilégiant une approche *Top-Down* d'évaluation de l'efficacité en conditions optimales, ce que les Anglo-Saxons appellent « efficacy », puis d'évaluation de l'efficacité en conditions réelles, appelée « effectiveness » et enfin la dissémination. Des alternatives proposent de prendre le processus dans l'autre sens. Ainsi, Chen<sup>3</sup> propose de regarder ce qui est faisable, de l'évaluer en conditions de routine (*effectiveness*), puis si nécessaire d'évaluer l'*efficacy* et enfin de disséminer.

En conclusion, la question de la complexité des interventions en promotion de la santé induit de réinterroger le sens et la nature des connaissances que l'on produit. Tout d'abord, cela interroge l'utilité sociale de la recherche en santé publique. Produire des données, oui, mais pour qui, pourquoi, pour quoi faire ? En réalité, il n'y a pas une preuve mais des preuves. Ce qui a valeur de données probantes aujourd'hui est un agrégat de preuves qui caractérisent une intervention : l'intervention elle-même, le contexte, l'environnement, les facteurs liés aux bénéficiaires et à la manière dont ils ont interagi les uns avec les autres. C'est cet agrégat de preuves qui crée aujourd'hui des données probantes interventionnelles en promotion de la santé. Cela interroge également notre capacité de chercheur à articuler des méthodes diversifiées permettant de répondre aux différentes questions que nous impose la complexité des interventions en promotion de la santé ; notre capacité à reporter des interventions permettant aux acteurs de s'en saisir, de les utiliser et les adapter dans leur propre contexte ; notre capacité à croiser les regards de disciplines différentes sur l'action et son évaluation ; enfin notre capacité d'acteurs et de chercheurs à travailler ensemble, chacun apportant son expertise pour construire une problématique en phase avec les conditions et la réalité de terrain. La transférabilité se situe au cœur de ces questions.

---

2. Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). « Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching ». In N. L. Gage (ed.), *Handbook of Research on Teaching* (pp. 171-246). Chicago, IL : Rand McNally.

3. Chen, H. T. (2010). « The bottom-up approach to integrative validity : A new perspective for program evaluation ». *Evaluation and Program Planning*, 33, 205-214.

## Échanges avec la salle :

*Participant* : Bonjour. Je voulais intervenir de façon générale sur toute la journée. Mais avant de jeter du poil à gratter, je voulais vous remercier de son organisation car cela m'a nourri, avec des discours accessibles, même si je reste loin de vos préoccupations. En ce qui me concerne, je suis une « fourmi bénévole » du monde associatif et je mets les mains dans le cambouis quotidiennement avec cinq casquettes, qui nous intéressent aujourd'hui : je suis militant du mouvement Vie libre, agissant sur et autour de la maladie alcoolique ; je participe aux Ateliers Santé-Ville de ma commune sur les groupes concernant la santé mentale et les addictions ; je suis également coprésident des centres sociaux de la ville où l'on travaille souvent avec le bus info-santé ; je suis membre du comité de section du Rhône de la Mutualité fédérale où de nombreux travaux en prévention sont réalisés ; enfin, je participe aussi régulièrement au groupe Intercool de la région Rhône-Alpes qui fait le lien entre les médecins, les psychologues, les infirmiers, les assistantes sociales, les spécialistes en addictologie et les associations d'anciens alcooliques. Toutes ces casquettes sont en lien avec la santé publique, mais je me sens un peu comme un mouton à cinq pattes au milieu de ce colloque de professionnels. Je commence à m'y habituer car j'ai déjà connu pareille expérience en novembre dernier lors de la journée régionale des Ateliers Santé-Ville avec un constat quasiment identique, à savoir que les citoyens et les associations bénévoles sont trop souvent oubliés, voire niés dans vos présentations. Vous ne réfléchissez qu'entre professionnels ou presque. À l'instar de ce qui se pratique dans le groupe Intercool, ne serait-il pas nécessaire d'associer les mouvements représentant les usages, les patients ou les malades à cette recherche en promotion de la santé pour partager les expériences concrètes et croiser les regards ? L'avantage de ce genre de pratiques est de se rapprocher du terrain et du quotidien en permettant en parallèle la création de réseaux efficaces. J'avoue qu'aujourd'hui je me sens isolé dans cette salle remplie de professionnels, le monde associatif bénévole étant quasiment absent. Je le déplore car il devrait avoir toute sa place dans ce colloque. On se gargarise toujours de la participation démocratique ou du « pouvoir d'agir » des habitants mais rien n'avance ! Que fait-on pour y remédier et remettre le citoyen au cœur des systèmes ?

*Arnaud Simeone* : Le problème que vous soulevez est une préoccupation importante. Elle est extrêmement centrale. Cela reflète les tensions de notre champ professionnel. Il ne faut pas les nier. La promotion et l'éducation pour la santé vit une transition importante depuis une dizaine d'années que l'on pourrait appeler une transition vers la professionnalisation. Il y a quinze ans, lorsque je suis arrivé dans le champ, on avait une grande diversité d'acteurs qui venaient aussi bien du domaine médical ou du social que de l'éducation pour la santé, avec des pratiques extrêmement diverses et variées. C'était une grande richesse mais également une difficulté à communiquer, à partager des expériences, à mettre des mots identiques sur les mêmes choses et à avoir un vocabulaire commun. Une demande de normalisation a été faite à l'université avec un processus de formation et la constitution de référentiels communs, avec un vocabulaire commun, des pratiques et des méthodes communes. Dans ce cadre, les universitaires, tant du point de vue de la formation que de la recherche, et les professionnels, qui sont passés par ces cursus de formation, ont été très préoccupés par la constitution de ces parcours et la reconnaissance de leur validité. Ils ont peut-être oublié la participation

des militants et des bénévoles à ces processus. Le partage avec les bénévoles est un des enjeux essentiels, notamment en essayant de trouver un référentiel commun en termes de terminologies, de pratiques, de méthodes, de dialogues, où les bénévoles seraient en capacité de reconnaître les apports des professionnels et inversement. Actuellement, je ne pense pas que les champs de l'éducation et de la promotion de la santé pourraient se passer des bénévoles dans de nombreux domaines. Cet enjeu est massif mais il n'est pas rédhibitoire. Vous parliez de démocratie, mais il faut situer cet enjeu dans une dynamique et une interaction. Ce colloque, par exemple, était tout à fait ouvert et gratuit donc accessible aux bénévoles et militants. Il ne faut pas lui faire un procès de manque de démocratie. Elle existe bel et bien.

*Jean-Pierre Deschamps* : Pour compléter, j'ajouterai qu'il faut des réunions de réflexion et de méthode communes aux associations et aux professionnels. C'est absolument nécessaire. En même temps, il faut des réunions de professionnels. Les deux ne me semblent pas contradictoires mais complémentaires. Une réunion comme celle d'aujourd'hui est plutôt une réunion à destination des professionnels. Cependant, pour avoir entendu et contribué à toutes ces présentations, j'ai une crainte. Est-ce que l'on n'en fait pas trop sur les procédures dans notre désir de coller à la recherche, aux sciences quantitatives et humaines, au détriment du terrain, des gens, de la vie de tous les jours, d'une nécessaire spontanéité dans nos interventions ? Les personnes bénéficiaires vont peut-être dire des choses que l'on n'avait pas prévu de dire ou contraires aux idées que l'on défend. Je me fais ce reproche à moi-même, mais n'en fait-on pas trop sur les procédures ? Laisse-t-on assez de champ à la spontanéité des personnes avec qui nous allons travailler sur le terrain et qui leur permettrait ensuite d'être en accord avec nous, chacun avec sa compétence ? Il est important que notre expertise de professionnels s'accompagne de l'expertise des habitants.

*Participant* : Devant cette floraison d'initiatives très diverses, je crains que l'on arrive à multiplier dans tous les coins de France, selon des méthodes ou des approches différentes, des démarches que l'on qualifiera de « recherche interventionnelle ». Il me semble, sans contester les initiatives locales, qu'il faudrait que l'on ait une direction dans la démarche, qui serait d'apporter de la cohérence et de la complémentarité au plus grand profit de la promotion de la santé. Quand on rencontre par exemple un chef d'entreprise, il faut lui expliquer que nous avons une démarche qui a fait ses preuves, même si on est dans une démarche plus proche des sciences humaines que de la physique nucléaire, afin de la convaincre rapidement d'entrer dans un processus de promotion de la santé.

*Linda Cambon* : Un projet est en train de naître, appelé « Initiatives françaises pour le transfert des connaissances ». Il vise à créer un dispositif pluri-partenarial favorisant le transfert de connaissances, c'est-à-dire l'utilisation des données probantes dans la pratique et l'utilisation des savoirs des acteurs dans la recherche. Ce dispositif réunit une trentaine d'institutions, et prône trois axes :

- Le premier consiste à créer un portail des données probantes en promotion de la santé, accompagné d'une démarche d'analyse et de digestion de ces données pour qu'elles soient accessibles aux acteurs. Je parlais tout à l'heure des fonctions-clés et des conditions d'efficacité. Il faut aller en ce sens jusqu'à la re-

commandation pour dire ce qui fonctionne ou pas dans telle ou telle condition. Ce portail de données probantes sera également ouvert aux données que l'on qualifie de « prometteuses », c'est-à-dire aux actions de terrain qui ne viennent pas du domaine de la recherche mais qui sont celles des Ateliers Santé-Ville, des CODES ou des IREPS. Il faut que ces éléments puissent alimenter une base de données propice à être interrogée par les chercheurs pour créer de la recherche interventionnelle. C'est un portail permettant de répondre à cette question, de dire sur tel ou tel aspect, sur telle ou telle population, voilà ce qui fonctionne. Il ne faut pas qu'elle soit alimentée seulement par la recherche française mais également par la recherche internationale.

- Le deuxième axe de cette initiative veut favoriser l'utilisation des données probantes dans la recherche, notamment favoriser leur adaptation pour éviter la preuve tyrannique et soutenir la montée en compétence des acteurs à utiliser la preuve à bon escient quand il s'agit de créer de nouvelles actions sur le terrain.
- Le troisième axe vise à favoriser le rapprochement entre acteurs et chercheurs. Des plates-formes régionales existent déjà mais l'idée est d'en créer une par région. L'Institut de recherche en Santé publique (IReSP) travaille sur cette question. L'idée est d'alimenter l'aide à la recherche du savoir expérientiel des acteurs tout en tenant compte de leurs priorités. Par exemple, les ARS ont des priorités sur lesquelles elles ont des questions très précises de recherche, mais aujourd'hui, si elles n'ont pas une université proactive sur la question, elles n'ont pas d'interlocuteur. Il s'agit ainsi de créer ces dispositifs de plates-formes et de lien entre acteurs et chercheurs.

Ce dispositif se met en place. On espère voir les premiers fruits avant la fin de l'année 2015.

*Participante* : Je suis médecin au Rectorat de Grenoble et intéressée par les questions de transférabilité. Nous avons un certain nombre de projets montés sur le plan expérimental avec des chercheurs et des personnes directement en action sur le terrain. Une fois que l'efficacité est montrée, la transférabilité reste très compliquée. Dans les projets, est-elle systématiquement étudiée ?

*Linda Cambon* : La transférabilité est un concept assez nouveau. J'ai réalisé ma thèse sur le sujet en 2009 et la première fois que j'ai évoqué ces questions, on m'a regardée avec étonnement. La transférabilité n'est pas institutionnalisée dans le cadre des projets de recherche mais dans le cadre d'initiatives dont je parlais tout à l'heure. C'est une réflexion des bailleurs de fonds de la recherche, les grands instituts comme l'IReSP, l'INCa. Dans le critère de sélection du projet, il faut aussi évaluer la capacité des chercheurs à prendre en compte les questions de transférabilité dans les interventions expérimentales, mais également les modalités de transfert de connaissances : à quoi servent leur recherches ? Comment vont-ils les diffuser auprès des acteurs pour qu'elles soient utilisées ? C'est un concept qui émerge et qui n'est pas encore en place. Aujourd'hui, caractériser la transférabilité reste compliqué même s'il existe des travaux internationaux en ce sens. À l'époque, nous avons créé une grille, appelée « ASTAIRE », qui permet de caractériser les paramètres de transférabilité,

mais nous n'avons pas encore travaillé sur ces paramètres pour savoir si certains étaient plus influents que d'autres. C'est un champ émergent en matière de recherche.

*Participant* : Par rapport au débat, au-delà de l'aspect « bénévoles *versus* professionnels », je trouve intéressante l'idée que la recherche interventionnelle soit plus contrôlée, efficiente et qualitative. Je pense que la question démocratique est intéressante à poser à ce niveau. La démocratie permet de réinterroger en permanence « l'expertise » car elle n'échappe pas au débat sur le sens. Ainsi, quand on dit que les bonnes pratiques fonctionnent, il serait intéressant de savoir quelles sont les instances démocratiques qui permettent de dire que ce sont de bonnes pratiques. Je vais donner un exemple concret de conflit de valeurs. Lorsque l'on disait il y a quinze ans : « Tu t'es vu quand t'as bu ? », on était dans une intention noble, mais si on travaille sur la notion de l'image de soi, du lien social, de la stigmatisation, on se rend bien compte que ce slogan posait d'énormes problèmes. La question de l'expression citoyenne engagée n'est pas l'histoire des seuls bénévoles puisqu'il n'y a pas d'universitaires ni de professionnels « neutres ». La question de la différence entre l'engagement et la militance amène le débat sur le sens de nos actions et la place créée à ce débat. Où peut-on ensemble définir le bien commun ? Cela ne peut pas se faire seulement entre les universitaires et les professionnels.

*Arnaud Simeone* : La participation des populations est un principe global de la promotion de la santé à différents niveaux. Je partage votre propos sur la définition des objets, des processus, la participation des populations, des bénévoles, en plus de celle des professionnels et des chercheurs. Il ne faut pas nier leurs compétences et expertises. Amener une évolution des styles de vie et des comportements de santé n'est pas simple. Si quelque chose est à retirer des données probantes à disposition, le processus est extrêmement complexe et délicat. Qu'il puisse y avoir un dialogue avec les populations et que les enjeux de santé soient discutés démocratiquement est important, mais il faut faire attention à ne pas nier la présence de ressources ou de compétences d'expertise chez les chercheurs et les professionnels. Tout n'est pas au même niveau. La formation amène des développements de compétences qu'il faut savoir reconnaître tout en ouvrant à la discussion et au dialogue.

*Participante* : Je suis de l'ARS Rhône-Alpes. Nous avons entendu parler de plusieurs types de coopération entre chercheurs et acteurs de terrain, entre autres dans le lien sur le montage des interventions très en amont. Il existe cependant différentes modalités de travail avec des chercheurs qui n'entrent pas toutes dans le cadre de la recherche interventionnelle. Il faut privilégier et garder ce qui est précieux dans cette coopération, mais on ne peut pas soumettre tous les chantiers en promotion de la santé à la coopération entre professionnels du secteur et chercheurs.

*Christine Ferron* : Merci de votre remarque qui traduit quelque chose que je sentais monter dans les interventions et dans les réflexions. Aujourd'hui, nous avons participé à un colloque sur la recherche interventionnelle. Nous n'avons pas participé à un colloque sur : « Qu'est-ce que la promotion de la santé aujourd'hui ? » ou : « Que sont les interventions en promotion de la santé aujourd'hui ? » Cela peut donner l'impression d'une très grande technicité et de discours d'experts peu accessibles, mais ce n'est pas cela la promotion de la santé. À l'IREPS Bretagne, la participation à la

recherche interventionnelle représente une partie de notre temps de travail. C'est un projet parmi une centaine d'autres, qui eux mobilisent des acteurs et des décideurs de tous niveaux et la population. C'est une facette de nos activités. Je ne voudrais pas que les personnes sortent de cette journée en disant que la promotion de la santé aujourd'hui repose sur ces exigences d'expertise et de recherche. Non seulement nous continuons à mener des actions en lien étroit avec le terrain, mais en plus nous contribuons à des champs de recherche en promotion de la santé qui ne sont pas celui la recherche interventionnelle et qui ont toute légitimité à exister, comme par exemple le champ de la recherche évaluative. Le thème de la journée ne résume pas à lui-seul la promotion de la santé.

# Clôture des journées

Mohamed Boussouar

Directeur des programmes, IREPS Rhône-Alpes

Pour conclure et par là-même répondre à Jean-Pierre Deschamps qui se demandait si notre journée ne relèverait pas d'une accumulation de procédures, versus le travail que nous pouvons faire de façon concrète avec les populations, il me semble que l'objectif d'interroger la recherche en promotion de la santé a été atteint et que nous avons surtout souligné les liens existants entre les professionnels du secteur et les chercheurs.

Par ailleurs, la question de la scientificité nous permet de nous inscrire dans du contingent et du provisoire. Un certain nombre de notions qui impactent de façon de plus en plus fréquente nos pratiques ont été abordées : la question de l'évaluation, de l'objectivation des actions que nous menons, des programmes que nous construisons avec les populations, la possibilité que nous avons de dégager les conditions d'efficience et de transférabilité. Autant de notions qui nous sont maintenant plus familières mais sur lesquelles il va falloir s'entendre, arriver à débrouiller l'écheveau de la façon la plus claire et partagée possible.

De notre point de vue, nous n'avons fait qu'entamer un processus qui devrait se poursuivre si les conditions le permettent. En effet, le comité scientifique qui a contribué à l'élaboration de cette journée envisage que le rendez-vous soit pris chaque année pour avancer sur le sujet et constituer pour nous le corpus de conditions de travail effectives avec les populations.

Pour travailler avec les gens, comme le disait Arnaud Simeone, cela suppose des compétences qui ne naissent pas simplement d'une réflexion dans l'absolu. Elles sont confrontées à un certain nombre de référentiels, à toute la richesse du savoir expérimentiel. On a largement évoqué ce croisement des savoirs experts, scientifiques et expérimentiels.

C'était tout l'enjeu de cette journée qui n'a pu être réalisée que par le travail incessant, fécond et particulièrement bien inspiré de Raoul Legba, véritable artisan de ce colloque. Je l'en remercie chaleureusement, ainsi que vous tous.



# Pour aller plus loin

ARO A. A., RÁTY S., VAN DEN BROUCKE S. « Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing quality of health promotion practice ». *Promotion and Education*, vol. 12, n° 1 HS, 2005, pp. 10-14.

BODSTEIN R. « The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices ». *Promotion and Education*, vol. 14, n° 1 Suppl., 2007, pp. 16-20.

BRETON E., PORCHERIE M. « La pratique en promotion de la santé en France ». *La Santé de l'homme*, n° 420, 2012, pp. 57-58. En ligne : <http://www.inpes.fr/SLH/pdf/sante-homme-420.pdf> (consulté le 10/02/2016).

CAMBON L. *Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches evidence based health promotion : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions*. Thèse pour l'obtention du titre de docteur de l'Université de Lorraine, mention « Sciences de la Vie et de la Santé », Nancy : École doctorale BioSE (Biologie-Santé-Environnement), 2012, 142 p. En ligne : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC\\_T\\_2012\\_0276\\_CAMBON.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2012_0276_CAMBON.pdf) (consulté le 10/02/2016).

CAMBON L., ALLA F. « Recherche interventionnelle en santé publique, transfert de connaissances et collaboration entre acteurs, décideurs et chercheurs : le défi français de l'innovation ». *Questions de santé publique*, n° 27, 2014, 4 p. En ligne : [http://www.iresp.net/files/2014/12/Web\\_QSPn%C2%B027.web-1.pdf](http://www.iresp.net/files/2014/12/Web_QSPn%C2%B027.web-1.pdf) (consulté le 10/02/2016).

CAMBON L., MINARY L., RIDDE V. *et al.* « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE ». *Santé publique*, vol 26, n° 6, 2014, pp. 783-794.

Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. *La santé publique fondée sur les données probantes*, 2009. En ligne : <http://www.nccmt.ca/eiph/index-fra.html> (consulté le 10/02/2016).

Centres de collaboration nationale en santé publique. *Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ?* Montréal : Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011, 2 p. En ligne : [http://www.ccnsp.ca/docs/EIPH\\_Factsheet\\_FR.pdf](http://www.ccnsp.ca/docs/EIPH_Factsheet_FR.pdf) (consulté le 10/02/2016).

CHAMBERLAND C., BILODEAU A. « Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action ». *Rupture*, vol. 7, n° 1, 2000, pp. 138-149. En ligne : [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071\\_138.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071_138.pdf) (consulté le 10/02/2016).

Collège régional d'éducation pour la santé de Bretagne. *L'éducation pour la santé et la promotion de la santé au service des acteurs de terrain, des élus et des décideurs*. Rennes : CRES, 2009, 20 p. En ligne : <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/concepts2009.pdf> (consulté le 10/02/2016).

DEMEULEMEESTER R., BLUM-BOISGARD C. *et al.* « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ». *Santé publique*, vol. 17, n° 4, 2005, pp. 569-582.

DESCHAMPS J.-P. « Une relecture de la charte d'Ottawa ». *Promotion and Education*, vol. 15, numéro spécial, 2008, pp. 8-13.

Epi-ethno santé. *Vers un nouveau paradigme scientifique en santé publique*, 2006. En ligne : <http://biblio.r.cherche-action.fr/document.php?id=224> (consulté le 10/02/2016).

FAFARD P., Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique*. Sainte-Foy : INSPQ, 2008, 37 p. En ligne : <http://www.ccnpps.ca/docs/FafardDonn%C3%A9esProbantes08juin.pdf> (consulté le 10/02/2016).

FERRON C. « Savoirs révélés, savoirs tacites : le point de rencontre entre chercheurs et acteurs de terrain ». *Santé publique*, vol. 23, n° 5, 2011, pp. 343-344. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-343.htm> (consulté le 10/02/2016).

FERRON C., GUICHARD A., BRETON E. « Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble ». *La Santé en action*, n° 425, 2013, pp. 10-41.

GUEVEL M.-R., SOURIMANT M., LONCLE P. « Promotion de la santé : une dynamique d'échanges entre chercheurs et intervenants du terrain ». *Horizon Pluriel*, n° 25, 2013, 16 p. En ligne : <http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/hp-numero25.pdf> (consulté le 10/02/2016).

GREEN J. « The role of theory in evidence-based health promotion practice ». *Health Education Research*, vol. 15, n° 2, 2000, pp. 125-129. En ligne : <http://her.oxfordjournals.org/content/15/2/125.full.pdf> (consulté le 10/02/2016).

Institut national du cancer. « Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires ». Interventions lors du séminaire du 13 octobre 2011. En ligne : <http://www.e-cancer.fr/recherche/colloques-et-symposiums/colloque-l-recherche-interventionnelle-visant-a-ameliorer-la-sante-de-populations-mise-en-pratique-et-retour-d-experiences-pluridisciplinaires-r> (consulté le 10/02/2016).

JOANNY R. *Recommandations pour l'élaboration d'un projet de recherche interventionnelle en promotion de la santé*. Rennes : IREPS Bretagne, 2014, 57 p. En ligne : <http://www.inpes.fr/SLH/pdf/sante-action-425.pdf> (consulté le 10/02/2016).

JUNEAU C.-E., McQUEEN D., JONES C. *et al.* « Promotion de la santé basée sur des données probantes : un domaine émergeant ». *Global Health Promotion*, vol. 18, n° 1, 2011, pp. 122-133.

LAMBOY B. *Introduction aux notions d'« interventions efficaces » et de « données probantes » : définitions et éléments historiques*. Hamilton : Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils, 2008, 13 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/transfert-connaissance/pdf/synthese-donnees-probantes.pdf> (consulté le 10/02/2016).

McQUEEN D., ANDERSON L. « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé ». *Ruptures*, vol. 7, n° 1, 2011, pp. 79-98. En ligne : [http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071\\_079.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071_079.pdf) (consulté le 10/02/2016).

MITTELMARK M. B., JONES C., FOSSE E. *et al.* « Mapping European capacity to engage in health promotion at the national level : HP-Source.net ». *Promotion and Education*, vol. 12, n° 1 HS, 2005, pp. 33-38.

MOLLEMAN G. R. M., BOUWENS J. G. M. « Building the evidence base : From tool development to agenda-setting and defining a joint programme for health promotion in Europe ». *Promotion and Education*, vol. 12, n° 1 HS, 2005, pp. 8-9.

MUNEROL L., CAMBON L., ALLA F. « Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature ». *Santé publique*, vol. 25, n° 5, 2013, pp. 587-597.

RENAUD L., ELISSALDE J., GAUDET J. *et al.* « Circulation des connaissances entre chercheurs, communicants et professionnels de la santé : une expérience canadienne ». *La Santé de l'homme*, n° 410, 2010, pp. 24-26. En ligne : <http://www.irepsalsace.org/wp-content/uploads/2014/10/circulation-des-connaissances.pdf> (consulté le 10/02/2016).

SANDON A., Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé Bourgogne. *Données probantes et promotion de la santé*. Dijon : Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé Bourgogne, 2011, 20 p. En ligne : <http://www.ireps-bourgogne.org/index.php?page=344&down=1116> (consulté le 10/02/2016).

SPELLER V., MORGAN A., WIMBUSH E. « Evidence-based health promotion practice : How to make it work ». *Promotion and Education*, vol. 12, n° 1 HS, 2005, pp. 15-20.

Union internationale de promotion de la santé d'éducation pour la santé. *L'efficacité de la promotion de la santé : Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe. Partie deux : Données probantes*. Saint-Denis : UIPEP, 2000, 190 p.

Victorian government health information. *Evidence & evaluation tools*, 2011. En ligne : <http://www.health.vic.gov.au/prevention/evidence/evaluation-tools.htm> (consulté le 10/02/2016).

# Table des matières

<b>Avant-propos</b>	
<i>Dominique Berger, Mohamed Boussouar</i>	<b>i</b>
<b>Allocutions introductives</b>	<b>1</b>
Intervention de Dominique Berger, directeur adjoint chargé de la recherche, représentant Alain Mogniotte, directeur de l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation (ESPE), Académie de Lyon . . . . .	2
Intervention d'Anne-Marie Durand, directrice de la Santé publique, Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes . . . . .	3
Intervention de Michèle Champion, vice-présidente, représentant Francis Navarro, président de la Mutualité française Rhône-Alpes (MfRA) . . . . .	4
Intervention de Jean Chapellet, secrétaire de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Rhône-Alpes . . . . .	5
<b>1 Se connaître, se reconnaître, entre acteurs de la promotion de la santé et chercheurs</b>	<b>9</b>
1 Qu'est-ce que la recherche en santé publique et en promotion de la santé? Objectifs, méthodes et outils <i>Anne-Marie Schott</i> . . . . .	10
2 Qu'est-ce que l'« action » en promotion de la santé? Objectifs, méthodes et outils (1) <i>Jean-Pierre Deschamps</i> . . . . .	16
3 Qu'est-ce que l'« action » en promotion de la santé? Objectifs, méthodes et outils (2) <i>Virginie Dénarié</i> . . . . .	24
4 Qu'est-ce que la recherche interventionnelle en promotion de la santé? <i>Christine Ferron</i> . . . . .	31

<b>2</b>	<b>Retours d'expériences de projets de recherche interventionnelle. Des exemples de co-élaboration</b>	<b>41</b>
1	Agir sur les déterminants sociaux par une mobilisation des acteurs : un exemple de recherche interventionnelle en Pays de Redon-Bretagne Sud <i>Marion Porcherie, Christine Ferron</i> . . . . .	42
2	Renforcer les Compétences Psychosociales : un programme de recherche-action en Rhône-Alpes <i>Carine Simar, Ingrid Bruyère</i> . . . . .	50
3	Co-construire la description des « fonctions-clés » des interventions entre chercheurs et acteurs au sein d'une recherche interventionnelle <i>Elsa Bidault</i> . . . . .	57
4	Étude d'impact des actions visant à développer dans le Rhône la promotion de la santé mentale auprès d'un large public et à lutter contre la stigmatisation <i>Arnaud Simeone, Christophe Porot</i> . . . . .	63
<b>3</b>	<b>Données probantes et transférabilité des interventions en promotion de la santé</b> <i>Linda Cambon</i>	<b>69</b>
4	Clôture des journées <i>Mohamed Boussouar</i>	79
	Pour aller plus loin	81

# La recherche en promotion de la santé

Ouvrage collectif, sous la direction de

**Dominique Berger**  
**Mohamed Boussouar**

Qu'est-ce qu'une « recherche interventionnelle » en éducation et promotion de la santé? Dans quelle mesure fournit-elle un espace de rencontre entre « professionnels de terrain », chercheurs, financeurs et décideurs, et populations concernées? En quoi cette approche peut-elle contribuer à renouveler les modalités de la collaboration entre ces différents acteurs? Autant de questionnements qui ont fait l'objet d'un colloque régional, qui s'est tenu le 29 janvier 2015 à l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation de l'Académie de Lyon. UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé, et l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé, à travers le Pôle Régional de Compétences, ont souhaité s'associer pour vous restituer les échanges – conférences, témoignages et débats – de cette journée. Puissent-ils contribuer à stimuler des collaborations fructueuses entre acteurs, animés par une visée commune d'optimisation des pratiques en matière d'éducation et de promotion de la santé.

Dominique BERGER est professeur des universités et directeur adjoint en charge de la recherche de l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation. Il est également responsable d'UNIRÉS, le Réseau des universités pour l'éducation à la santé.

Mohamed BOUSSOUAR est directeur des programmes de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes.



Prix public : xx €  
ISBN : xxxxxxxxxxxxxxxx



9 782813 001719

